



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

De acordo com a Chamada Pública de Credenciamento nº001/2018; Processo nº01, com objeto de Credenciamento e cadastramento de reserva de pessoa física ou jurídica para prestação de serviços de plantão médico, na Unidade de Pronto Atendimento, rede municipal de saúde, no município de Itapagipe/MG, conforme disposições constantes no instrumento convocatório e seus anexos. Haja vista a necessidade de aumentar o número de profissionais médicos nos plantões para fins de impedir aglomerações de usuários, evitando uma possível propagação do vírus entre as pessoas.

Itapagipe, 31 de maio de 2020

Jussara Agreli Ferreira  
CPF: 340.703.998-01  
Secretária Mun. de Saúde

Jussara Agreli Ferreira  
Secretária Municipal de Saúde

	<b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b>				<b>NOTA DE EMPENHO</b>	
	Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033 CNPJ: 21.226.840/0001-47				<b>0003702</b>	
DATA EMPENHC 29/05/2020	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0025113	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.36.00.00		Nº DA FICHA 512/0
OBJETO DA DESPESA VERBA INDENIZATÓRIA		Nº CONTRATO:		CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 'A VISTA		<b>EXERCÍCIO: 2020</b>
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS		
ORGÃO: 02 EXECUTIVO		ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe		SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral		PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19
UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE		SUBUNIDADE:		PROJ/ATIV 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19		ELEMENTO: 3.3.90.36.00.00 Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física
FUNÇÃO: 10 Saúde				SUBELEMENTO 3.3.90.36.99.00 Outros Serviços de Pessoa Física		

Página 1 de 1

<b>CREDOR</b>			CÓDIGO: 113556	CNPJ/CPF: 111.319.676-90
RAZÃO SOCIAL: <b>Juvenal Vicente Vilas Boas Neto</b>			BAIRRO: CENTRO	CEP: 38.200-000
ENDEREÇO: Av; Benjamin Constant Nº581			UF: MG	TELEFONE:
CIDADE: FRUTAL			FAX:	INSCRIÇÃO ESTADUAL: 15.979.890
Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.				
Ordenador:			Assinatura: _____	

**ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS**

ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	CONTA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL
001	1	UN	D	PLANTÃO MEDICO		800,00	0,00	0,00	800,00
VALOR DOS PRODUTOS:						800,00	DESCONTOS:		0,00
IMPOSTOS:						0,00	FRETE:		0,00
GUIA ORÇAMENTÁRIA:							GUIA EXTRA:		
<b>TOTAL GERAL:</b>						<b>800,00</b>			

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

REFERENTE A VERBA INDENIZATÓRIA POR PLANTÃO MÉDICO E ACOMPANHAMENTO ASSISTÊNCIAL AO TRANSPORTE DE PACIENTE, CONFORME AS LEIS MUNICIPAL Nº135 DE 02/04/2014 E Nº233 DE 05/02/2018-TENDO A NECESSIDADE DE AUMENTAR OS PROFISSIONAIS MÉDICOS NOS PLANTÕES DEVIDO A PANDEMIA CORONAVÍRUS(COVID19), CONFORME O DECRETO Nº854 DE 20/03/2020.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				Contadora:
DATA CONTABILIZAÇÃO: 29/05/2020	INICIAL OU SALDO: 800,99	EMPENHADO: 800,00	SALDO DISPONÍVEL: 0,99	Kely Agreli Borges Gonçalves

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou execução do serviço.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resp. liquidação: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.		Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Itapagipe.	
Data: ___/___/___		Data: ___/___/___	
Responsável		Responsável	
Nome do responsável:		Nome do responsável:	
Documento de identidade:		Documento de identidade:	
Dados bancários - Banco: 104 Agência: 4890 Conta: 013 1678-3		Dados bancários - Banco: 104 Agência: 4890 Conta: 013 1678-3	
BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:
		TESOUREIRA: Patrícia Ferreira Leite Silva	