



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, 29 de maio de 2020

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

Jussara Agreli Ferreira
Secretária Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Itapagipe

Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG
 Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033
 CNPJ: 21.226.840/0001-47

NOTA DE EMPENHO**0003706**

DATA EMPENHO 29/05/2020	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0025117	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		EXERCÍCIO: 2020
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA			FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS		
ORGÃO: 02 EXECUTIVO ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SUBUNIDADE: FUNÇÃO: 10 Saúde			SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19 PROJ/ATIV 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19 ELEMENTO: 3.3.90.36.00.00 Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física SUBELEMENTO 3.3.90.36.99.00 Outros Serviços de Pessoa Física		

Página 1 de 1**CREDOR**

RAZÃO SOCIAL: ANA THERESA SOARES DE OLIVEIRA ROSA			CÓDIGO: 113555	CNPJ/CPF: 393.368.568-04
ENDEREÇO: R; Serafim Correa Andade Nº150 Apto 32 torre		BAIRRO: PINHEIROS	CEP: 15.091-360	
CIDADE: SÃO JOSE DO RIO PRETO	UF: MG	TELEFONE:	FAX:	INSCRIÇÃO ESTADUAL: 45.577.831-0

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:		
TOTAL GERAL:						800,00			

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**DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO**

DATA CONTABILIZAÇÃO: 29/05/2020	INICIAL OU SALDO: 800,99	EMPENHADO: 800,00	SALDO DISPONÍVEL: 0,99	Contadora: 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.

Data: ___/___/___ _____
Responsável

Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Itapagipe.

Data: ___/___/___ _____
Responsável

Nome do responsável:

Documento de identidade:

Dados bancários - Banco: 001 Agência: 0666 Conta: 28080-1

BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRA: Patrícia Ferreira Leite Silva
--------	----------	-----------	------------	--