



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 termos de aditivos, nota de empenho 0005089. 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 julho de 2020

Jussara Agreli Ferreira
CPF: 340.703.999-01
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 0005089 | |
| DATA EMPENHO 31/07/2020 | TIPO Ordinário | MODALIDADE Comunicação interna | Nº AF/CI 0025374 | 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 | | | | FUNTE: 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

| | | | | | | | |
|--|--|--|-----------|--------------------------|------------------------------------|---------------------|--|
| RAZÃO SOCIAL: AUGUSTO LEONARDO BATISTA | | | | CÓDIGO: 113465 | CNPJ/CPF: 098.503.166-24 | | |
| ENDEREÇO: RUA: PLANURA Nº 85 | | | | BAIRRO: ESTUDANTIL | | CEP: 38.200-000 | |
| CIDADE: FRUTAL | | | UF: MG | TELEFONE: | FAX: | INSCRIÇÃO ESTADUAL: | |

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: | | DESCONTOS: | | IMPOSTOS: | | FRETE: | | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | GUIA EXTRA: | | TOTAL GERAL: | |
| 800,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 800,00 | |

HISTÓRICO DO EMPENHO

REFERENTE A VERBA INDENIZATÓRIA POR PLANTÃO MÉDICO E ACOMPANHAMENTO ASSISTÊNCIAL AO TRANSPORTE DE PACIENTE, CONFORME AS LEIS Nº135 DE 02/04/2014 E LEI Nº233 DE 05/02/2018. DE ACORDO COM A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DA PORTARIA 1666 DE 01/07/2020-ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA INTERNACIONAL DE CORRENTE DO CORONAVÍRUS-COVID19.

OUTRAS INFORMAÇÕES

| DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO | | | | Contadora: Kely Agreli Borges Gonçalves |
|---|-----------------------------|----------------------|---------------------------|--|
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 31/07/2020 | INICIAL OU SALDO: 800,00 | EMPENHADO: 800,00 | SALDO DISPONÍVEL: 0,00 | |

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: 104 Agência: 0934 Conta: 33581 5

| | | | | |
|--------|----------|-----------|------------|--|
| BANCO: | AGÊNCIA: | Nº CONTA: | Nº CHEQUE: | TESOUREIRA: Patricia Ferreira Leite Silva |
|--------|----------|-----------|------------|--|