



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 0005093. 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: 340.703.998-01
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

0005093

DATA EMPENHO 31/07/2020	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0025378	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
--	--

CREADOR

Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL: Leopoldo Silva Oliveira	CÓDIGO: 113300	CNPJ/CPF: 107.490.306-40
---	--------------------------	------------------------------------

ENDEREÇO: Rua Agostinho da Silva Gananca, 250 A.42	BAIRRO: S.J.Rio Preto	CEP: 15.091-080
---	--------------------------	--------------------

CIDADE: São José do Rio Preto	UF: SP	TELEFONE:	FAX:	INSCRIÇÃO ESTADUAL: MG-15.627.196
----------------------------------	-----------	-----------	------	--------------------------------------

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 ASSISTENCIAL 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

DATA CONTABILIZAÇÃO: 31/07/2020	INICIAL OU SALDO: 800,00	EMPENHADO: 800,00	SALDO DISPONÍVEL: 0,00	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: 0422 Conta: 01/21282 2

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