

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 0005785. 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 agosto de 2020

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

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

0005785

DATA EMPENHO 31/08/2020	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0025465	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: Juvenal Vicente Vilas Boas Neto			CÓDIGO: 113556	CNPJ/CPF: 111.319.676-90
ENDEREÇO: Av; Benjamin Constant Nº581			BAIRRO: CENTRO	CEP: 38.200-000
CIDADE: FRUTAL	UF: MG	TELEFONE:	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

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	

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 Nº233 DE 05/02/2018. DE ACORDO COM A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DA PORTARIA 1666 DE 01/07/2020-ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL DECORRENTE DO CORONAVÍRUS COVID-19.

OUTRAS INFORMAÇÕES

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO

DATA CONTABILIZAÇÃO: 31/08/2020	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: 104 Agência: 4890 Conta: 013 1678-3

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