



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 0005791. 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 | | | NOTA DE EMPENHO | |
| Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG | | Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033 | | | 0005791 | |
| CNPJ: 21.226.840/0001-47 | | | | | | |
| DATA EMPENHO | TIPO | MODALIDADE | Nº AF/CI | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA | Nº DA FICHA | |
| 31/08/2020 | Ordinário | Comunicação interna | 0025471 | 02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.36.00.00 | 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 | SUBFUNÇÃO: 122 | | Administração Geral | | |
| ENTIDADE: | 01 Prefeitura Municipal Itapagipe | PROGRAMA: 0500 | | ENFRENTAMENTO COVID-19 | | |
| UNIDADE: | 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE | PROJ/ATIV: 2.147 | | ENFRENTAMENTO COVID-19 | | |
| SUBUNIDADE: | | 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

| | | | | |
|---|-----------|-----------|-------------------|--------------------------------------|
| CREADOR | | | CÓDIGO: | CNPJ/CPF: |
| RAZÃO SOCIAL: Simone Paula Queiroz | | | 113032 | 100.000.916-50 |
| ENDEREÇO: RUA:08 N°834 | | | BAIRRO: CENTRO | CEP: 38.240-000 |
| CIDADE: ITAPAGIPE | UF: MG | TELEFONE: | FAX: | INSCRIÇÃO ESTADUAL: MG.15.886.226 |
| 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 | | 2.400,00 | 0,00 | 0,00 | 2.400,00 |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | | | | | 2.400,00 | DESCONTOS: | | 0,00 |
| IMPOSTOS: | | | | | | 0,00 | FRETE: | | 0,00 |
| GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | | | | | | GUIA EXTRA: | | |
| | | | | | | | TOTAL GERAL: | | 2.400,00 |

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 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 | | | | Contadora: | |
| DATA CONTABILIZAÇÃO: | INICIAL OU SALDO: | EMPENHADO: | SALDO DISPONÍVEL: | Kely Agreli Borges Gonçalves | |
| 31/08/2020 | 2.400,00 | 2.400,00 | 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. | | | 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: | | | Documento de identidade: | | |
| Dados bancários - Banco: 237 Agência: 3254 Conta: 3000 7 | | | | | |
| BANCO: | AGÊNCIA: | Nº CONTA: | Nº CHEQUE: | TESOUREIRA: | |
| | | | | Patrícia Ferreira Leite Silva | |