



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 0006609. 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, 30 de setembro 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 CNPJ: 21.226.840/0001-47				0006609	
DATA EMPENHO 30/09/2020	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0025607	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		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			

CREDOR

Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL: Letícia Paula Queiroz				CÓDIGO: 113582	CNPJ/CPF: 109.200.686-93		
ENDEREÇO: RUA 08 Nº909				BAIRRO: CENTRO		CEP: 38.240-000	
CIDADE: ITAPAGIPE		UF: MG	TELEFONE:	FAX:	INSCRIÇÃO ESTADUAL: MG-15.886.222		

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		1.600,00	0,00	0,00	1.600,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
1.600,00		0,00		0,00		0,00						1.600,00	

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: 30/09/2020	INICIAL OU SALDO: 1.600,00	EMPENHADO: 1.600,00	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: 237 Agência: 1892 Conta: 3096-1

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