



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

Os repasses financeiros para “CORONAVÍRUS (COVID-19)” estão vinculados ao Bloco de Custeio, em grupo de despesa específico, para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde compreendidos por, ações de atenção básica, vigilância, média e alta complexidade, bem como aquisição e distribuição de medicamentos e insumos, aquisição de equipamentos, contratação de serviços de saúde, contratação temporária de pessoal, divulgação de informações à população, bem como outras despesas necessárias para o enfrentamento do coronavírus. De acordo com a folha de pagamento, conforme nota de empenho 0007392, apresento o custeio de folha dos servidores e encargos de atividades fins, com objetivo a assistência à saúde ao manejo clínico da Covid-19 que é composto de práticas clínicas existentes nas Redes de Atenção à Saúde: Avaliação de Síndrome Gripal (SG), avaliação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e serviços ambulatoriais. A qual será paga com recurso de enfrentamento da emergência de Saúde – COVID- 19.

Itapagipe, 30 de outubro 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**0007392**

DATA EMPENHO <b>30/10/2020</b>	TIPO <b>Ordinário</b>	MODALIDADE <b>Comunicação interna</b>	Nº AF/CI <b>0025721</b>	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA <b>02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.36.00.00</b>	Nº DA FICHA <b>512/0</b>
OBJETO DA DESPESA VERBA INDENIZATÓRIA			Nº CONTRATO:	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO <b>'A VISTA</b>	<b>EXERCÍCIO: 2020</b>
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS	
ORGÃO: 02 EXECUTIVO	ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe		SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral		
UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	SUBUNIDADE:		PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19		
FUNÇÃO: 10 Saúde			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: <b>Simone Paula Queiroz</b>				CÓDIGO: <b>113032</b>	CNPJ/CPF: <b>100.000.916-50</b>
ENDEREÇO: RUA:08 Nº834				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:		
						<b>TOTAL GERAL:</b>		<b>2.400,00</b>	

**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**

DATA CONTABILIZAÇÃO: <b>30/10/2020</b>	INICIAL OU SALDO: 2.400,00	EMPENHADO: 2.400,00	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: 3254 Conta: 3000 7

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