



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 0007394, 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 | | | | 0007394 | |
| DATA EMPENHO 30/10/2020 | TIPO Ordinário | MODALIDADE Comunicação interna | Nº AF/CI 0025723 | 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 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 | | | | |

CREDOR

Página 1 de 1

| | | | | |
|---|-----------|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 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

| ITEM | QTDE | UN | D/R | DESCRIÇÃO | CONTA | VALOR UNITÁRIO | % DESC | % IMP. | VALOR TOTAL | | | | |
|---------------------|------|------------|-----|----------------|-------|----------------|--------|--------------------|-------------|-------------|--|---------------------|--|
| 001 | 1 | UN | D | PLANTÃO MEDICO | | 9.900,00 | 0,00 | 0,00 | 9.900,00 | | | | |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | DESCONTOS: | | IMPOSTOS: | | FRETE: | | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | GUIA EXTRA: | | TOTAL GERAL: | |
| 9.900,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 9.900,00 | |

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: 30/10/2020 | INICIAL OU SALDO: 9.900,00 | EMPENHADO: 9.900,00 | 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: Patricia Ferreira Leite Silva |
|--------|----------|-----------|------------|--|