

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### Requerimento

Ilmo(a). Sr.(a) Responsável pelo Setor de Compras,

A Secretaria Municipal de Saúde, através de sua Secretária, vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, requer aquisição de 500 unidades de máscara descartável em TNT tripla, para uso dos profissionais de saúde e usuários nas Unidades Básicas de Saúde do município.

Considerando que a grave situação pandêmica exige rápidas medidas do Poder Público, a caracterização da situação emergencial contida no presente processo administrativo de Dispensa de Licitação, é que a feita de licitações para contratações de empresas para aquisição de insumos e equipamentos de proteção individual para o enfrentamento do vírus, que, como se sabe, normalmente demanda tempo para sua conclusão, seria inviável em vista da situação de emergência, por consequência, inviabilizaria as recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais conforme orientações do Ministério da Saúde.

A escolha do fornecedor se dá em razão deste disponibilizar prontamente o item solicitado e seu preço está de acordo com os preços praticados no mercado, conforme pesquisas via telefone.


Com respaldo no Decreto Municipal nº 855/2020, Lei Federal nº 13.979/2020 e Medida Provisória nº 926/2020.

Desta forma, pelo exposto, caracterizada está a situação emergencial prevista nos incisos I, II e III do parágrafo único do art. 26 da Lei 8.666/93.

Itapagipe, 01 de junho de 2020.

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

Jussara Agreli Ferreira  
Secretária Municipal de Saúde

		<b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b> Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG CNPJ: 21.226.840/0001-47 Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033			<b>NOTA DE EMPENHO</b>  <b>0003873</b>	
DATA EMPENHO 01/06/2020	TIPO Ordinário	MODALIDADE Compra direta	Nº AF/CI 0030699	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.30.00.00	Nº DA FICHA 511/0	
OBJETO DA DESPESA MATERIAL HOSPITALAR			CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 'A VISTA		<b>EXERCÍCIO: 2020</b>	
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		FUNÇÃO: 10 Saúde	
SUBFUNÇÃO: 122			PROGRAMA: 0500		PROJ/ATIV: 2.147	
ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00			SUBELEMENTO 3.3.90.30.99.00		Administração Geral ENFRENTAMENTO COVID-19 ENFRENTAMENTO COVID-19 Material de Consumo Outros Materiais de Consumo	

Página 1 de 1

<b>CREDOR</b>		CÓDIGO:	CNPJ/CPF:
RAZÃO SOCIAL: <b>CUNHA &amp; SAVAZI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA ME</b>		112652	25.099.579/0001-12
ENDEREÇO: <b>AVENIDA: 13 N° 445</b>		BAIRRO: <b>CENTRO</b>	CEP: 38.240-000
CIDADE: <b>ITAPAGIPE</b>	UF: <b>MG</b>	TELEFONE: <b>3424-3802</b>	FAX:
Inscrição Estadual:			
Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.			
Ordenador:		Assinatura: _____	

<b>HISTÓRICO DO EMPENHO</b>					
REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MASCARAS DE TNT PARA FUNCIONÁRIOS E USUÁRIOS DO SISTEMA SUS DEVIDO A PANDEMIA CORONA VIRUS "COVID19".					
VALOR DOS PRODUTOS: 1.100,00	DESCONTOS: 0,00	IMPOSTOS: 0,00	FRETE: 0,00	GUIA ORÇAMENTÁRIA:	GUIA EXTRA:
					<b>TOTAL GERAL:</b> 1.100,00

Gerado por: Luciane Queiroz

<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>			<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>		Contadora:
DATA CONTABILIZAÇÃO: 01/06/2020	INICIAL OU SALDO: 2.175,00	EMPENHADO: 1.100,00	SALDO DISPONÍVEL: 1.075,00	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.			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:			RG / CPF:		
Dados bancários - Banco: 237 Agência: 3254 Conta: 1988-7					
BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRA: Patrícia Ferreira Leite Silva	