



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOTA EXPLICATIVA

De acordo com o Pregão Presencial nº60/2019 Processo N.0013056 com objeto aquisição de materiais saneantes e insumos de Assistência Hospitalar visando atender a demanda da Secretaria Municipal de Saúde, conforme nota de empenho 0003912; Nota fiscal nº 23.709, adquiriu-se 10 PCT de papel toalha, para fins de uso dos profissionais de saúde e usuários das UBS, a qual será paga com recurso de enfrentamento da emergência de Saúde – COVID- 19.

Itapagipe, 04 de junho de 2020

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

Jussara Agreli Ferreira
Secretária Municipal de Saúde

| | | | | | | | |
|---|---|--|---------------------|--|--|---|--|
|  | | Prefeitura Municipal de Itapagipe Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033 CNPJ: 21.226.840/0001-47 | | | | NOTA DE EMPENHO 0003912 | |
| DATA EMPENHC 04/06/2020 | TIPO Ordinário | MODALIDADE Pregão 60/2019 RP 46/2019 | Nº AF/CI 0030729 | 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 OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO | | | Nº CONTRATO: 138 | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 15 dias após apres. NF | | EXERCÍCIO: 2020 | |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA | | | | FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS | | | |
| ORGÃO: 02 EXECUTIVO | ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe | | | SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral | | PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19 | |
| UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE | SUBUNIDADE: | | | PROJ/ATIV 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19 | | ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00 Material de Consumo | |
| FUNÇÃO: 10 Saúde | | | | SUBELEMENTO 3.3.90.30.99.00 | | Outros Materiais de Consumo | |

Página 1 de 1

CREDOR

| | | | | | | |
|---|--|-----------|------------------------------|--------------------------|--|--|
| RAZÃO SOCIAL: Cirúrgica Vitória Comércio de Medicamentos - Eireli | | | | CÓDIGO: 001188 | CNPJ/CPF: 07.700.245/0001-70 | |
| ENDEREÇO: Rua. Brasil, nº 249 | | | BAIRRO: Vila Santa Isabel | | CEP: 15.890-000 | |
| CIDADE: Uchoa | | UF: SP | TELEFONE: (17) 3826-9797 | FAX: (17) 3826-9797 | INSCRIÇÃO ESTADUAL: 703058901111 | |

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 | MARCA | VALOR UNITÁRIO | % DESC | % IMP. | VALOR TOTAL |
|---------------------|------|----|-----|---|------------|----------------|-------------|--------|-------------|
| 001 | 10 | PC | D | PAPEL TOALHA 22,5 X 21 CM.COM 1000 UNIDADES | SOFT PAPER | 14,00 | 0,00 | 0,00 | 140,00 |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | | | | | 140,00 | DESCONTOS: | | 0,00 |
| IMPOSTOS: | | | | | | 0,00 | FRETE: | | 0,00 |
| GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | | | | | | GUIA EXTRA: | | |
| TOTAL GERAL: | | | | | | 140,00 | | | |

HISTÓRICO DO EMPENHO

Aquisição de Materiais Saneantes e Insumos de Assistência Hospitalar, para suprir as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, devido a Pandemia Coronavirus (Covid-19), conforme o Decreto Nº 854 de 27/03/2020.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Lais Dias

| DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO | | | | Contadora: Kely Agreli Borges Gonçalves |
|---|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|--|
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 04/06/2020 | INICIAL OU SALDO: 1.075,00 | EMPENHADO: 140,00 | SALDO DISPONÍVEL: 935,00 | |

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: _____

Faça 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: 001 Agência: 3408 Conta: 9644 X

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