



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 0003929; Nota fiscal nº 000.005.281, adquiriu-se 01 Galões de desinfetante hospitalar para superfícies fixas e artigos não críticos e 02 Pacotes de saco para lixo hospitalar contaminado 200L leitoso, pacote com 100 unidades P7, para fins de uso nas UBS e UPA, a qual será paga com recurso de enfrentamento da emergência de Saúde – COVID- 19.

Itapagipe, 05 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**0003929**

DATA EMPENHO 05/06/2020	TIPO Ordinário	MODALIDADE Pregão 60/2019 RP 46/2019	Nº AF/CI 0030743	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: 137	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 15 dias após apres. NF	EXERCÍCIO: 2020
--	---------------------	---	------------------------

INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA		FONTE: 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: 3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	
FUNÇÃO: 10 Saúde	SUBELEMENTO 3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	

CREDOR

Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL: CUNHA & SAVAZI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA M		CÓDIGO: 112652	CNPJ/CPF: 25.099.579/0001-12
ENDEREÇO: AVENIDA: 13 Nº 445		BAIRRO: CENTRO	CEP: 38.240-000
CIDADE: ITAPAGIPE	UF: MG	TELEFONE: 3424-3802	FAX: INSCRIÇÃO ESTADUAL:

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	1	GL	D	DESINFETANTE HOSPITALAR PARA SUPERFÍCIES FIXAS E ARTIGOS NÃO CITRICOS A BASE DE QUATERNÁRIO DE AMÔNIO, BASTANTE EFICAZ EM HOSPITAL E ÁREAS DESTINADAS À SAÚDE, TENDO GRANDE PODER DE DESINFECÇÃO EM PISOS, PAREDES, MOBILIÁRIOS, BANHEIROS E ARTIGOS NÃO CRÍTIC	KILIMPO	464,00	0,00	0,00	464,00
002	2	PC	D	SACO PARA LIXO HOSPITALAR CONTAMINADO 200L LEITOSO, PACOTE COM 100UND P7	FORMOPLAST	88,00	0,00	0,00	176,00
VALOR DOS PRODUTOS:						640,00	DESCONTOS:		0,00
IMPOSTOS:						0,00	FRETE:		0,00
GUIA ORÇAMENTÁRIA:						GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
								640,00	

HISTÓRICO DO EMPENHO

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Lais Dias

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO

DATA CONTABILIZAÇÃO: 05/06/2020	INICIAL OU SALDO: 935,00	EMPENHADO: 640,00	SALDO DISPONÍVEL: 295,00	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: 1988-7

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