



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

De acordo com o Aditivo ao Termo de Credenciamento nº01/2020, com fulcro no Art.65, Iª, da Lei 8.666/93, cujo objeto é a prestação de serviços laboratoriais, oriundos da Chamada Pública nº07/2018. De acordo com a Portaria 1666 de 01/07/2020 que dispõe sobre o Enfrentamento da Emergência da Saúde Pública decorrente do Coronavírus - COVID-19, haja vista a necessidade da prestação de serviços laboratoriais para realização de exames para o COVID19, conforme nota de empenho parcial 004674/1, nota fiscal nº000010931, devido a ocorrência de um agente político ter testado positivo, foi necessário fazer o rastreamento dos servidores assintomáticos que tiveram contato direto.

Itapagipe, 20 de julho 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>				<b>NOTA DE EMPENHO PARCIAL 0004674/1</b>	
	Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033 CNPJ: 21.226.840/0001-47					
DATA EMPENHO 20/07/2020	TIPO Parcial	MODALIDADE Chamada Pública 7/2020	Nº AF/CI 0031062	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.39.00.00		Nº DA FICHA 513/0
OBJETO DA DESPESA SERVIÇO MEDICO-HOSPITALAR, ODONT.LABOR.		Nº CONTRATO:		CONDIÇÃO DE PAGAMENTO CONTRA APRESENTAÇÃO		<b>EXERCÍCIO: 2020</b>
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FUNTE: 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: 3.3.90.39.00.00		Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Juridica	
			SUBELEMENTO 3.3.90.39.36.00		Serviço Médico-hospitalar, Odontológico e Laboratorial	

Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL: <b>Laboratório de Análises Clínicas São José Ltda</b>				CÓDIGO: <b>000613</b>	CNPJ/CPF: <b>16.904.195/0001-34</b>
ENDEREÇO: Rua 06, nº 1.099			BAIRRO: Centro		CEP: 38.240-000
CIDADE: Itapagipe	UF: MG	TELEFONE:	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	CONTA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL
001	21	UN	D	EXAME COVID 19 TESTE POR PCR		430,00	0,00	0,00	9.030,00
002	30	UN	D	EXAME LABORATORIAL COVID TESTE RÁPIDO IgG E IgM		300,00	0,00	0,00	9.000,00
VALOR DOS PRODUTOS:						18.030,00	DESCONTOS:		0,00
IMPOSTOS:						0,00	FRETE:		0,00
GUIA ORÇAMENTÁRIA:						GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
								18.030,00	

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

Aditivo ao Termo de Credenciamento nº 01/2020, com fulcro no Art. 65, I, "a", da Lei 8.666/93, cujo objeto é a prestação de serviços laboratoriais, oriundos da Chamada Pública nº 07/2018. De acordo com a Portaria 1666 de 01/07/2020-Enfrentamento da Emergência da Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do CoronaVirus-Covid-19.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 20/07/2020	INICIAL OU SALDO: 55.800,00	EMPENHADO: 18.030,00	SALDO DISPONÍVEL: 37.770,00	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: _____		
Data: ___/___/___			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:			Nome do responsável:		
Documento de identidade:			Documento de identidade:		
Dados bancários - Banco: Agência: Conta:			Dados bancários - Banco: Agência: Conta:		
BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRA:	
				Patrícia Ferreira Leite Silva	



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

De acordo com o Aditivo ao Termo de Credenciamento nº01/2020, com fulcro no Art.65, Iªa., da Lei 8.666/93, cujo objeto é a prestação de serviços laboratoriais, oriundos da Chamada Pública nº07/2018. De acordo com a Portaria 1666 de 01/07/2020 que dispõe sobre o Enfrentamento da Emergência da Saúde Pública decorrente do Coronavírus - COVID-19, haja vista a necessidade da prestação de serviços laboratoriais para realização de exames para o COVID19, conforme nota de empenho parcial 004674/2, nota fiscal nº000010933, devido o aumento do número de notificações e casos confirmados no município. O laboratório municipal não conseguiu atender a demanda. A nota será paga com recurso de enfrentamento da emergência de Saúde – COVID- 19.

Itapagipe, 30 de julho de 2020

Jussara Agreli Ferreira  
CPF: 340.703.493-01  
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  
PARCIAL  
0004674/2**

DATA EMPENHO 30/07/2020	TIPO Parcial	MODALIDADE Chamada Pública 7/2020	Nº AF/CI 0031062	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.39.00.00	Nº DA FICHA 513/0
OBJETO DA DESPESA SERVICO MEDICO-HOSPITALAR,ODONT.LABOR.		Nº CONTRATO: TC 01	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO CONTRA APRESENTAÇÃO		<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	SUBFUNÇÃO: 122	PROGRAMA: 0500	PROJ/ATIV: 2.147
SUBUNIDADE:	FUNÇÃO: 10 Saúde		ELEMENTO: 3.3.90.39.00.00	SUBELEMENTO 3.3.90.39.36.00	
			Administração Geral ENFRENTAMENTO COVID-19 ENFRENTAMENTO COVID-19 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica Serviço Médico-hospitalar, Odontológico e Laboratorial		

Página 1 de 1

<b>CREADOR</b>		CÓDIGO: 000613	CNPJ/CPF: 16.904.195/0001-34
RAZÃO SOCIAL: <b>Laboratório de Análises Clínicas São José Ltda</b>		BAIRRO: Centro	CEP: 38.240-000
ENDEREÇO: Rua 06, nº 1.099		UF: MG	TELEFONE:
CIDADE: Itapagipe	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	CONTA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL
001	5	UN	D	EXAME LABORATORIAL COVID TESTE RÁPIDO IgG E IgM		300,00	0,00	0,00	1.500,00
VALOR DOS PRODUTOS:						1.500,00	DESCONTOS:		0,00
IMPOSTOS:						0,00	FRETE:		0,00
GUIA ORÇAMENTÁRIA:							GUIA EXTRA:		
TOTAL GERAL:						1.500,00			

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

Aditivo ao Termo de Credenciamento nº 01/2020, com fulcro no Art. 65, I, "a", da Lei 8.666/93, cujo objeto é a prestação de serviços laboratoriais, oriundos da Chamada Pública nº 07/2018. De acordo com a Portaria 1666 de 01/07/2020-Enfrentamento da Emergência da Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do CoronaVirus-Covid-19.

Gerado por: Lais Dias

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				Contadora:
DATA CONTABILIZAÇÃO: 30/07/2020	INICIAL OU SALDO: 37.770,00	EMPENHADO: 1.500,00	SALDO DISPONÍVEL: 36.270,00	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.

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: Agência: Conta:

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