



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 a compra de 300 Caixas de mascara tripla c/ 50 Und- Elástico, para uso dos profissionais de saúde e usuários do SUS das 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 feitura 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, 22 de julho 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**0004734**

DATA EMPENHO 22/07/2020	TIPO Ordinário	MODALIDADE Compra direta	Nº AF/CI 0031095	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		Nº CONTRATO:		CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 'A VISTA	EXERCÍCIO: 2020
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 SUBUNIDADE: FUNÇÃO: 10 Saúde			SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19 PROJ/ATIV: 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19 ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00 Material de Consumo SUBELEMENTO 3.3.90.30.99.00 Outros Materiais de Consumo		

CREDOR

Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL: CUNHA & SAVAZI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA ME			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	300	CX	D	MÁSCARA		2,20	0,00	0,00	660,00		
VALOR DOS PRODUTOS: 660,00						DESCONTOS: 0,00	IMPOSTOS: 0,00	FRETE: 0,00	GUIA ORÇAMENTÁRIA:	GUIA EXTRA:	TOTAL GERAL: 660,00

HISTÓRICO DO EMPENHO

Referente a aquisição de material hospitalar, de acordo com a transferência de recursos da portaria 1666 de 01/07/2020-Enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do CORONAVÍRUS-COVID19.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				Contadora:
DATA CONTABILIZAÇÃO: 22/07/2020	INICIAL OU SALDO: 11.283,92	EMPENHADO: 660,00	SALDO DISPONÍVEL: 10.623,92	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
--------	----------	-----------	------------	--