



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


NOTA EXPLICATIVA

De acordo com o Pregão Presencial nº68/2019 RP 54/2019 Processo N.0013068, com objeto aquisição de medicamentos genéricos, similar, éticos, disponíveis na lista de medicamentos (CMED), Câmara de Regulação de Medicamentos do sítio eletrônico da ANVISA, conforme necessidade da Secretaria Municipal de Saúde e Termo de Referência, visando atender a demanda da Secretaria Municipal de Saúde, conforme nota de empenho 0006189; Nota fiscal nº 000.005.741, adquiriu-se 30 Unidades de heparinox 40 MG/0,4 ML IV/SC, para fins de uso dos pacientes em atendimento nas UBS e UPA, a qual será paga com recurso de enfrentamento da emergência de Saúde – COVID- 19.

Itapagipe, 16 de setembro de 2020

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

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 0006189 | |
| DATA EMPENHO 16/09/2020 | TIPO Ordinário | MODALIDADE Pregão 68/2019 RP 54/2019 | Nº AF/CI 0031756 | 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 MEDICAMENTOS | | | Nº CONTRATO: 149 | 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 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 3.3.90.30.09.00 Medicamentos | | | |

Página 1 de 1

| | | | | |
|---|--|--|-------------------------------|--|
| CREDOR | | | CÓDIGO: 112652 | CNPJ/CPF: 25.099.579/0001-12 |
| RAZÃO SOCIAL: CUNHA & SAVAZI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA M | | | BAIRRO: CENTRO | CEP: 38.240-000 |
| ENDEREÇO: AVENIDA: 13 Nº 445 | | | CIDADE: ITAPAGIPE | UF: MG |
| | | | TELEFONE: 3424-3802 | 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 | UN | D | MEDICAMENTO SIMILAR PREÇO FÁBRICA DIVULGA PELA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS (CMED) | | 986,70 | 0,00 | 0,00 | 986,70 |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | | | | | 986,70 | DESCONTOS: | | 0,00 |
| IMPOSTOS: | | | | | | 0,00 | FRETE: | | 0,00 |
| GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | | | | | | GUIA EXTRA: | | |
| | | | | | | | TOTAL GERAL: | | 986,70 |

HISTÓRICO DO EMPENHO

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, DE ACORDO COM A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DA PORTARIA 1666 DE 1º DE JULHO DE 2020- ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL DECORRENTE DO CORONAVÍRUS-COVID-19.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Lais Dias

| | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO | | | | Contadora: |
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 16/09/2020 | INICIAL OU SALDO: 9.161,20 | EMPENHADO: 986,70 | SALDO DISPONÍVEL: 8.174,50 | 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 |
|--------|----------|-----------|------------|---|