



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


NOTA EXPLICATIVA

De acordo com o Pregão Presencial nº69/2019 Processo N.0013069 com objeto aquisição de materiais/insumos de Assistência Hospitalar visando atender a demanda da Secretaria Municipal de Saúde, conforme nota de empenho 0006674; Nota fiscal nº 24863, adquiriu-se 150 unidades de Luvas esterilizadas nº08; 200 unidades de Sonda de aspiração de vias aéreas superiores; 01 Oxímetro pediátrico e 01 Ambu pediátrico, para fins de uso dos profissionais de saúde nos atendimentos dos usuários nas UBS e UPA, a qual será paga com recurso de enfrentamento da emergência de Saúde – COVID- 19.

Itapagipe, 30 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 0006674 | |
| DATA EMPENHO 30/09/2020 | TIPO Ordinário | MODALIDADE Pregão 69/2019 RP 55/2019 | Nº AF/CI 0031951 | 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 EQUIP./MAT. CONSUMO | | Nº CONTRATO: 153 | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 15 dias após apres. NF | | EXERCÍCIO: 2020 | |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA | | | FUNTE: 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 3.3.90.30.35.00 Material Hospitalar | | | |

CREDOR

Página 1 de 1

| | | | | | | |
|---|-----------|-----------------------------|------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 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 | 1 | UN | D | OXIMETRO PEDIATRICO (1 A 12 ANOS) DE DEDO PORTÁTIL | ROSSMAX | 486,00 | 0,00 | 0,00 | 486,00 |
| 002 | 1 | UN | D | REANIMADOR MANUAL (AMBU) NEONATO | MD | 220,00 | 0,00 | 0,00 | 220,00 |
| 003 | 150 | PR | D | LUVAS ESTERILIZADAS Nº 8.0 | MUCAMBO | 1,68 | 0,00 | 0,00 | 252,00 |
| 004 | 200 | UN | D | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 06 | MEDSONDA | 0,77 | 0,00 | 0,00 | 154,00 |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | | | | | 1.112,00 | DESCONTOS: | | 0,00 |
| IMPOSTOS: | | | | | | 0,00 | FRETE: | | 0,00 |
| GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | | | | | | GUIA EXTRA: | | |
| TOTAL GERAL: | | | | | | 1.112,00 | | | |

HISTÓRICO DO EMPENHO

Aquisição de materiais/insumos de Assistência Hospitalar, 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: Luciane Queiroz

| | | | | | |
|--|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------|--|
| DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO | | | | Contadora: | |
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 30/09/2020 | INICIAL OU SALDO: 13.387,60 | EMPENHADO: 1.112,00 | SALDO DISPONÍVEL: 12.275,60 | 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: 001 Agência: 3408 Conta: 9644 X

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