



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

De acordo com o Pregão Presencial nº43/2020 Processo N.0013387 com objeto aquisição de equipamentos que serão utilizados nos atendimentos à pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave e COVID-19, visando atender a demanda da Secretaria Municipal de Saúde, conforme nota de empenho 0007020; Nota fiscal nº 25.200, adquiriu-se 03 unidades de Ventilador Pulmonar C/misturador de oxigênio e ar comprimido eletrônico interno, para uso dos profissionais de saúde no procedimento de ventilação pulmonar dos pacientes atendidos na Unidade de Referência de Síndrome Respiratória Aguda Grave e UPA, a qual será paga com recurso de enfrentamento da emergência de Saúde – COVID- 19.

Itapagipe, 21 de outubro 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****0007020**

DATA EMPENHO <b>21/10/2020</b>	TIPO Ordinário	MODALIDADE Pregão 43/2020 RP 22/2020	Nº AF/CI 0032224	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.4.4.90.52.00.00	Nº DA FICHA <b>514/0</b>
-----------------------------------	-------------------	---	---------------------	--	-----------------------------

OBJETO DA DESPESA EQUIP./MAT.PERMANENTE	Nº CONTRATO: 116	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 15 dias após apres. NF	<b>EXERCÍCIO: 2020</b>
--	---------------------	---	------------------------

<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>		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: 4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	
FUNÇÃO: 10 Saúde	SUBELEMENTO 4.4.90.52.04.00	Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico-odontológico	

**CREDOR****Página 1 de 1**

RAZÃO SOCIAL: <b>Cirúrgica Vitória Comércio de Medicamentos - Eireli</b>		CÓDIGO: <b>001188</b>	CNPJ/CPF: <b>07.700.245/0001-70</b>
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
Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.		INSCRIÇÃO ESTADUAL: 703058901111	

Ordenador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS**

ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	MARCA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL				
001	3	UN	D	VENTILADOR PULMONAR C/ MISTURADOR DE OXIGENIO E AR COMPRIMIDO ELETRONICO INTERNO	INTERMED	117.500,00	0,00	0,00	352.500,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
352.500,00		0,00		0,00		0,00						352.500,00	

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

Aquisição de equipamentos que serão utilizados no atendimento à pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave e Covid 19, conforme Termo de Referência.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

**DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO**

DATA CONTABILIZAÇÃO: 21/10/2020	INICIAL OU SALDO: 352.500,00	EMPENHADO: 352.500,00	SALDO DISPONÍVEL: 0,00	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.

Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Itapagipe.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

Responsável

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Responsável

Nome do responsável:

Documento de identidade:

Dados bancários - Banco: 001 Agência: 3408 Conta: 9644 X

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