



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOTA EXPLICATIVA

Os repasses financeiros para “CORONAVÍRUS (COVID-19)” estão vinculados ao Bloco de Custeio, em grupo de despesa específico, para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde compreendidos por, ações de atenção básica, vigilância, média e alta complexidade, bem como aquisição e distribuição de medicamentos e insumos, aquisição de equipamentos, contratação de serviços de saúde, contratação temporária de pessoal, divulgação de informações à população, bem como outras despesas necessárias para o enfrentamento do coronavírus. De acordo com a folha de pagamento, conforme nota de empenho 0007051, apresento o custeio de folha da servidora e encargos de atividades fins, com objetivo a assistência à saúde ao manejo clínico da Covid-19 que é composto de práticas clínicas existentes nas Redes de Atenção à Saúde: Avaliação de Síndrome Gripal (SG), avaliação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e serviços ambulatoriais. A qual será paga com recurso de enfrentamento da emergência de Saúde – COVID- 19.

Itapagipe, 23 de outubro de 2020

Jussara Agreli Ferreira
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ITAPAGIPE/MS

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**0007051**

DATA EMPENHC 23/10/2020	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0025702	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.1.90.11.00.00	Nº DA FICHA 622/0
----------------------------	-------------------	-----------------------------------	---------------------	--	----------------------

OBJETO DA DESPESA VENCIMENTOS E VANTAGENS	Nº CONTRATO:	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 'A VISTA	EXERCÍCIO: 2020
--	--------------	-----------------------------------	------------------------

INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA		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: 3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas – Pessoal Civil	
FUNÇÃO: 10 Saúde	SUBELEMENTO 3.1.90.11.11.00	Empregado Público	

CREDOR

Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL: ISABELLA DA CUNHA ASSUNÇÃ		CÓDIGO: 113673	CNPJ/CPF: 101.405.756-69
ENDEREÇO: RUA: 20 1215		BAIRRO: JARDIM CASTRO	CEP: 38.240-000
CIDADE: ITAPAGIPE	UF: MG	TELEFONE:	FAX:
		INSCRIÇÃO ESTADUAL: MG-10.768.530	

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	1	SD	D	VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS		2.111,00	0,00	0,00	2.111,00		
VALOR DOS PRODUTOS: 2.111,00						DESCONTOS: 0,00	IMPOSTOS: 0,00	FRETE: 0,00	GUIA ORÇAMENTÁRIA:	GUIA EXTRA:	TOTAL GERAL: 2.111,00

HISTÓRICO DO EMPENHO

REFERENTE AO PAGAMENTO DE PLANTÕES-MÊS 10/2020.

OUTRAS INFORMAÇÕES**DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO**

DATA CONTABILIZAÇÃO: 23/10/2020	INICIAL OU SALDO: 2.111,00	EMPENHADO: 2.111,00	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.

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: 104 Agência: 4279 Conta: 5865-4

BANCO: 001	AGÊNCIA: 4989	Nº CONTA: 83518	Nº CHEQUE:	TESOUREIRA: Patrícia Ferreira Leite Silva
---------------	------------------	--------------------	------------	--