



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 0007645; Nota fiscal nº 25.363, adquiriu-se 38 unidades de copo umidificador para oxigenoterapia que será utilizado nos cilindros de oxigênio para evitar o ressecamento das vias aéreas superiores dos pacientes em uso de oxigênio proporcionando maior conforto. Pacientes estes atendidos pelos profissionais de saúde das UBS e UPA, a qual será paga com recurso de enfrentamento da emergência de Saúde – COVID- 19.

Itapagipe, 04 de novembro 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**0007645**

DATA EMPENHO 04/11/2020	TIPO Ordinário	MODALIDADE Pregão 69/2019 RP 55/2019	Nº AF/CI 0032548	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	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: 3.3.90.30.00.00 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	38	UN	D	COPO UMIDIFICADOR	OXIGEL	30,00	0,00	0,00	1.140,00		
VALOR DOS PRODUTOS: 1.140,00						DESCONTOS: 0,00	IMPOSTOS: 0,00	FRETE: 0,00	GUIA ORÇAMENTÁRIA:	GUIA EXTRA:	TOTAL GERAL: 1.140,00

HISTÓRICO DO EMPENHO

Aquisição de materiais/insumos de Assistência Hospitalar, conforme Termo de Referência, 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

DATA CONTABILIZAÇÃO: 04/11/2020	INICIAL OU SALDO: 12.807,18	EMPENHADO: 1.140,00	SALDO DISPONÍVEL: 11.667,18	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: 001 Agência: 3408 Conta: 9644 X

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