

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

De acordo com a Dispensa nº62/2020 Processo N.13355 com objeto de contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19, conforme nota de empenho 0005453/7; Nota fiscal nº 000000257, realizou a sanitização no prédio da Unidade de Pronto Atendimento, situado a Rua:16 nº1063, Centro, para fins de ajudar no combate ao Coronavírus (COVID-19), evitando a recontaminação de ambientes produtos e superfícies.

Itapagipe, 06 de outubro de 2020

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

Jussara Agreli Ferreira  
Secretária Municipal de Saúde

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                  |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                                                                     | <div><b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b><br/>Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG<br/>Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033<br/>CNPJ: 21.226.840/0001-47</div> | <div><b>NOTA DE EMPENHO</b><br/><b>PARCIAL</b><br/><b>0005453/7</b></div> |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                      |
| DATA EMPENHO<br>06/10/2020                                                                                                                         | TIPO<br>Parcial                                                                                                                                                  | MODALIDADE<br>Dispensa 62/2020                                            | Nº AF/CI<br>0031445                                                                                                                                                                                                                                     | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA<br>02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.39.00.00 | Nº DA FICHA<br>513/0 |
| OBJETO DA DESPESA<br>LIMPEZA E CONSERVAÇÃO                                                                                                         |                                                                                                                                                                  | Nº CONTRATO:<br>093                                                       | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO<br>CONTRA APRESENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                            |                                                                                | EXERCÍCIO: 2020      |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA                                                                                                               |                                                                                                                                                                  |                                                                           | FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS                                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                      |
| ORGÃO: 02 EXECUTIVO<br>ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe<br>UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE<br>SUBUNIDADE:<br>FUNÇÃO: 10 Saúde |                                                                                                                                                                  |                                                                           | SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral<br>PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>PROJ/ATIV: 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>ELEMENTO: 3.3.90.39.00.00 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica<br>SUBELEMENTO 3.3.90.39.61.00 Limpeza e Conservação |                                                                                |                      |

CREDOR

Página 1 de 1

|                                                         |           |                             |                          |                                        |
|---------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL:<br><b>Katia Aparecida Cruz Silva - ME</b> |           |                             | CÓDIGO:<br><b>111408</b> | CNPJ/CPF:<br><b>17.208.663/0001-07</b> |
| ENDEREÇO:<br>Avenida Onze, nº 880                       |           | BAIRRO:<br>Centro           | CEP:<br>38.240-000       |                                        |
| CIDADE:<br>Itapagipe                                    | UF:<br>MG | TELEFONE:<br>(34) 3424-2697 | FAX:<br>(34) 9665-7279   | 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                     | CONTA              | VALOR UNITÁRIO | % DESC       | % IMP. | VALOR TOTAL |
| 001                                     | 2    | UN         | D         | SERVIÇO DE SANITIZAÇÃO NA UPA |                    | 550,00         | 0,00         | 0,00   | 1.100,00    |
| VALOR DOS PRODUTOS:                     |      | DESCONTOS: | IMPOSTOS: | FRETE:                        | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | GUIA EXTRA:    | TOTAL GERAL: |        |             |
| 1.100,00                                |      | 0,00       | 0,00      | 0,00                          |                    |                | 1.100,00     |        |             |

HISTÓRICO DO EMPENHO

Contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19.

|                                                                                                                                                                                   |                               |                        |                                                                                                                                         |                                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--|
| OUTRAS INFORMAÇÕES                                                                                                                                                                |                               |                        |                                                                                                                                         | Gerado por: Luciane Queiroz                  |  |
| DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO                                                                                                                                         |                               |                        |                                                                                                                                         |                                              |  |
| DATA CONTABILIZAÇÃO:<br>06/10/2020                                                                                                                                                | INICIAL OU SALDO:<br>9.210,00 | EMPENHADO:<br>1.100,00 | SALDO DISPONÍVEL:<br>8.110,00                                                                                                           | Contadora:<br>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                                                                                                                             |                                              |  |
| Nome do responsável:                                                                                                                                                              |                               |                        | Documento de identidade:                                                                                                                |                                              |  |
| Dados bancários - Banco: 104 Agência: 4279 Conta: 62-4 003                                                                                                                        |                               |                        |                                                                                                                                         |                                              |  |
| BANCO:                                                                                                                                                                            | AGÊNCIA:                      | Nº CONTA:              | Nº CHEQUE:                                                                                                                              | TESOUREIRA:<br>Patrícia Ferreira Leite Silva |  |

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

De acordo com a Dispensa nº62/2020 Processo N.13355 com objeto de contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19, conforme nota de empenho 0005453/6; Nota fiscal nº 000000259, realizou a sanitização dos veículos que transportaram pacientes com Síndrome Respiratória Aguda, pacientes suspeitos e confirmados da COVID-19, pra atendimento na Unidade de Pronto Atendimento e tratamento fora do domicílio. Fez necessário a realização de sanitização para fins de ajudar no combate ao Coronavírus (COVID-19), evitando a recontaminação. A sanitização dos veículos foi realizada após cada viagem. Sendo os seguintes veículos: Ambulância Doblo Placa PYY4580; Ambulância Doblo Placa QQQ 2065; Ambulância Doblo HNH 1747; Ambulância Ducato UTI Placa PXY 7859 e Ambulância Ducato RFF 8143.

Itapagipe, 06 de outubro de 2020

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

Jussara Agreli Ferreira  
Secretária Municipal de Saúde



|                                                                                                                                                    |                 |                                                                                                                                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                              |                                                  |                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|--|
|                                                                     |                 | <b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b><br>Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG<br>Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033<br>CNPJ: 21.226.840/0001-47 |                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                              | <b>NOTA DE EMPENHO<br/>PARCIAL<br/>0005453/6</b> |                        |  |
| DATA EMPENHO<br><b>06/10/2020</b>                                                                                                                  | TIPO<br>Parcial | MODALIDADE<br>Dispensa 62/2020                                                                                                                     | Nº AF/CI<br>0031445 | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA<br>02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.39.00.00                                                                                                                                                                          |                                              | Nº DA FICHA<br><b>513/0</b>                      |                        |  |
| OBJETO DA DESPESA<br>LIMPEZA E CONSERVAÇÃO                                                                                                         |                 |                                                                                                                                                    | Nº CONTRATO:<br>093 |                                                                                                                                                                                                                                                         | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO<br>CONTRA APRESENTAÇÃO |                                                  | <b>EXERCÍCIO: 2020</b> |  |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA                                                                                                               |                 |                                                                                                                                                    |                     | FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                  |                        |  |
| ORGÃO: 02 EXECUTIVO<br>ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe<br>UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE<br>SUBUNIDADE:<br>FUNÇÃO: 10 Saúde |                 |                                                                                                                                                    |                     | SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral<br>PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>PROJ/ATIV: 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>ELEMENTO: 3.3.90.39.00.00 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica<br>SUBELEMENTO 3.3.90.39.61.00 Limpeza e Conservação |                                              |                                                  |                        |  |

**CREDOR**

Página 1 de 1

|                                                         |  |           |                             |                          |                        |                                        |                     |
|---------------------------------------------------------|--|-----------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------------------|---------------------|
| RAZÃO SOCIAL:<br><b>Katia Aparecida Cruz Silva - ME</b> |  |           |                             | CÓDIGO:<br><b>111408</b> |                        | CNPJ/CPF:<br><b>17.208.663/0001-07</b> |                     |
| ENDEREÇO:<br>Avenida Onze, nº 880                       |  |           |                             | BAIRRO:<br>Centro        |                        | CEP:<br>38.240-000                     |                     |
| CIDADE:<br>Itapagipe                                    |  | UF:<br>MG | TELEFONE:<br>(34) 3424-2697 |                          | FAX:<br>(34) 9665-7279 |                                        | 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                                                                       | CONTA  | VALOR UNITÁRIO     | % DESC      | % IMP.       | VALOR TOTAL |
|---------------------|------|------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|-------------|--------------|-------------|
| 001                 | 8    | UN         | D   | SERVIÇO DE SANITIZAÇÃO DE VEÍCULOS QUE SÃO UTILIZADOS PARA REMOÇÃO DE PACIENTES |        | 40,00              | 0,00        | 0,00         | 320,00      |
| VALOR DOS PRODUTOS: |      | DESCONTOS: |     | IMPOSTOS:                                                                       | FRETE: | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | GUIA EXTRA: | TOTAL GERAL: |             |
| 320,00              |      | 0,00       |     | 0,00                                                                            | 0,00   |                    |             | 320,00       |             |

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

Contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

|                                                                                                                                                                                   |                               |                      |                                                                                                                                         |                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|
| <b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>                                                                                                                                  |                               |                      |                                                                                                                                         | Contadora:                    |  |
| DATA CONTABILIZAÇÃO:<br>06/10/2020                                                                                                                                                | INICIAL OU SALDO:<br>9.530,00 | EMPENHADO:<br>320,00 | SALDO DISPONÍVEL:<br>9.210,00                                                                                                           | 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                                                                                                                             |                               |  |
| Nome do responsável:                                                                                                                                                              |                               |                      | Documento de identidade:                                                                                                                |                               |  |
| Dados bancários - Banco: 104 Agência: 4279 Conta: 62-4 003                                                                                                                        |                               |                      |                                                                                                                                         |                               |  |
| BANCO:                                                                                                                                                                            | AGÊNCIA:                      | Nº CONTA:            | Nº CHEQUE:                                                                                                                              | TESOUREIRA:                   |  |
|                                                                                                                                                                                   |                               |                      |                                                                                                                                         | Patrícia Ferreira Leite Silva |  |

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

De acordo com a Dispensa nº62/2020 Processo N.13355 com objeto de contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19, conforme nota de empenho 0005453/7; Nota fiscal nº 000000257, realizou a sanitização no prédio da Unidade de Pronto Atendimento, situado a Rua:16 nº1063, Centro, para fins de ajudar no combate ao Coronavírus (COVID-19), evitando a recontaminação de ambientes produtos e superfícies.

Itapagipe, 06 de outubro de 2020

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

Jussara Agreli Ferreira  
Secretária Municipal de Saúde



|                                                                                                                                                    |                 |                                                                                                                                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
|                                                                     |                 | <b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b><br>Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG<br>Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033<br>CNPJ: 21.226.840/0001-47 |                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>NOTA DE EMPENHO<br/>PARCIAL<br/>0005453/7</b> |  |
| DATA EMPENHO<br>06/10/2020                                                                                                                         | TIPO<br>Parcial | MODALIDADE<br>Dispensa 62/2020                                                                                                                     | Nº AF/CI<br>0031445 | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA<br>02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.39.00.00                                                                                                                                                                          |  | Nº DA FICHA<br>513/0                             |  |
| OBJETO DA DESPESA<br>LIMPEZA E CONSERVAÇÃO                                                                                                         |                 |                                                                                                                                                    | Nº CONTRATO:<br>093 | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO<br>CONTRA APRESENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                            |  | <b>EXERCÍCIO: 2020</b>                           |  |
| <b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                    |                     | FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS                                                                                                                                                                                                     |  |                                                  |  |
| ORGÃO: 02 EXECUTIVO<br>ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe<br>UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE<br>SUBUNIDADE:<br>FUNÇÃO: 10 Saúde |                 |                                                                                                                                                    |                     | SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral<br>PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>PROJ/ATIV: 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>ELEMENTO: 3.3.90.39.00.00 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica<br>SUBELEMENTO 3.3.90.39.61.00 Limpeza e Conservação |  |                                                  |  |

CREDOR

Página 1 de 1

|                                                                                                                                               |  |           |                             |                          |                        |                                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------------------|---------------------|
| RAZÃO SOCIAL:<br><b>Katia Aparecida Cruz Silva - ME</b>                                                                                       |  |           |                             | CÓDIGO:<br><b>111408</b> |                        | CNPJ/CPF:<br><b>17.208.663/0001-07</b> |                     |
| ENDEREÇO:<br>Avenida Onze, nº 880                                                                                                             |  |           |                             | BAIRRO:<br>Centro        |                        | CEP:<br>38.240-000                     |                     |
| CIDADE:<br>Itapagipe                                                                                                                          |  | UF:<br>MG | TELEFONE:<br>(34) 3424-2697 |                          | FAX:<br>(34) 9665-7279 |                                        | 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                     | CONTA     | VALOR UNITÁRIO | % DESC             | % IMP.      | VALOR TOTAL  |
|---------------------|------|----|-----|-------------------------------|-----------|----------------|--------------------|-------------|--------------|
| 001                 | 2    | UN | D   | SERVIÇO DE SANITIZAÇÃO NA UPA |           | 550,00         | 0,00               | 0,00        | 1.100,00     |
| VALOR DOS PRODUTOS: |      |    |     | DESCONTOS:                    | IMPOSTOS: | FRETE:         | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | GUIA EXTRA: | TOTAL GERAL: |
| 1.100,00            |      |    |     | 0,00                          | 0,00      | 0,00           |                    |             | 1.100,00     |

HISTÓRICO DO EMPENHO

Contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

|                                                                                                                                                                                   |                               |                        |                                                                                                                                         |                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|
| <b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>                                                                                                                                  |                               |                        |                                                                                                                                         | Contadora:                    |  |
| DATA CONTABILIZAÇÃO:<br>06/10/2020                                                                                                                                                | INICIAL OU SALDO:<br>9.210,00 | EMPENHADO:<br>1.100,00 | SALDO DISPONÍVEL:<br>8.110,00                                                                                                           | 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                                                                                                                             |                               |  |
| Nome do responsável:                                                                                                                                                              |                               |                        | Documento de identidade:                                                                                                                |                               |  |
| Dados bancários - Banco: 104 Agência: 4279 Conta: 62-4 003                                                                                                                        |                               |                        |                                                                                                                                         |                               |  |
| BANCO:                                                                                                                                                                            | AGÊNCIA:                      | Nº CONTA:              | Nº CHEQUE:                                                                                                                              | TESOUREIRA:                   |  |
|                                                                                                                                                                                   |                               |                        |                                                                                                                                         | Patrícia Ferreira Leite Silva |  |



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

De acordo com a Dispensa nº62/2020 Processo N.13355 com objeto de contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19, conforme nota de empenho 0005453/8; Nota fiscal nº 000000258, realizou a sanitização no prédio da Unidade Básica de Saúde – PSF Dr. Edison Rodrigues, situado a Rua: 6 nº1020, Centro, para fins de ajudar no combate ao Coronavírus (COVID-19), evitando a recontaminação de ambientes produtos e superfícies.

Itapagipe, 06 de outubro de 2020

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

Jussara Agreli Ferreira  
Secretária Municipal de Saúde



|                                                                                                                                                    |                 |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|
|                                                                     |                 | <b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b><br>Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG<br>Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033<br>CNPJ: 21.226.840/0001-47 |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                | <b>NOTA DE EMPENHO<br/>PARCIAL<br/>0005453/8</b> |  |
| DATA EMPENHO<br><b>06/10/2020</b>                                                                                                                  | TIPO<br>Parcial | MODALIDADE<br>Dispensa 62/2020                                                                                                                     | Nº AF/CI<br>0031445                                                                                                                                                                                                                                     | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA<br>02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.39.00.00 | Nº DA FICHA<br><b>513/0</b>                      |  |
| OBJETO DA DESPESA<br>LIMPEZA E CONSERVAÇÃO                                                                                                         |                 | Nº CONTRATO:<br>093                                                                                                                                | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO<br>CONTRA APRESENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                            |                                                                                | <b>EXERCÍCIO: 2020</b>                           |  |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA                                                                                                               |                 |                                                                                                                                                    | FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS                                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                  |  |
| ORGÃO: 02 EXECUTIVO<br>ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe<br>UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE<br>SUBUNIDADE:<br>FUNÇÃO: 10 Saúde |                 |                                                                                                                                                    | SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral<br>PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>PROJ/ATIV: 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>ELEMENTO: 3.3.90.39.00.00 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica<br>SUBELEMENTO 3.3.90.39.61.00 Limpeza e Conservação |                                                                                |                                                  |  |

Página 1 de 1

**CREDOR**

|                                                         |           |                             |                        |                          |                                        |
|---------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL:<br><b>Katia Aparecida Cruz Silva - ME</b> |           |                             |                        | CÓDIGO:<br><b>111408</b> | CNPJ/CPF:<br><b>17.208.663/0001-07</b> |
| ENDEREÇO:<br>Avenida Onze, nº 880                       |           |                             |                        | BAIRRO:<br>Centro        | CEP:<br>38.240-000                     |
| CIDADE:<br>Itapagipe                                    | UF:<br>MG | TELEFONE:<br>(34) 3424-2697 | FAX:<br>(34) 9665-7279 | 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**

| Especificação dos Materiais e Serviços |      |    |     |                                          |           |                |                    |             |              |
|----------------------------------------|------|----|-----|------------------------------------------|-----------|----------------|--------------------|-------------|--------------|
| ITEM                                   | QTDE | UN | D/R | DESCRIÇÃO                                | CONTA     | VALOR UNITÁRIO | % DESC             | % IMP.      | VALOR TOTAL  |
| 001                                    | 3    | UN | D   | SERVIÇO DE SANITIZAÇÃO DO PSF DR. EDISON |           | 500,00         | 0,00               | 0,00        | 1.500,00     |
| VALOR DOS PRODUTOS:                    |      |    |     | DESCONTOS:                               | IMPOSTOS: | FRETE:         | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | GUIA EXTRA: | TOTAL GERAL: |
| 1.500,00                               |      |    |     | 0,00                                     | 0,00      | 0,00           |                    |             | 1.500,00     |

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

Contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

|                                                                                                                                                                                   |                               |                        |                                                                                                                                         |                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|
| <b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>                                                                                                                                  |                               |                        |                                                                                                                                         | Contadora:                    |  |
| DATA CONTABILIZAÇÃO:<br>06/10/2020                                                                                                                                                | INICIAL OU SALDO:<br>8.110,00 | EMPENHADO:<br>1.500,00 | SALDO DISPONÍVEL:<br>6.610,00                                                                                                           | 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                                                                                                                             |                               |  |
| Nome do responsável:                                                                                                                                                              |                               |                        | Documento de identidade:                                                                                                                |                               |  |
| Dados bancários - Banco: 104 Agência: 4279 Conta: 62-4 003                                                                                                                        |                               |                        |                                                                                                                                         |                               |  |
| BANCO:                                                                                                                                                                            | AGÊNCIA:                      | Nº CONTA:              | Nº CHEQUE:                                                                                                                              | TESOUREIRA:                   |  |
|                                                                                                                                                                                   |                               |                        |                                                                                                                                         | Patrícia Ferreira Leite Silva |  |



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

De acordo com a Dispensa nº62/2020 Processo N.13355 com objeto de contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19, conforme nota de empenho 0005453/9; Nota fiscal nº 000000261, realizou a sanitização no prédio da Unidade de Pronto Atendimento, situado a Rua:16 nº1063, Centro, para fins de ajudar no combate ao Coronavírus (COVID-19), evitando a recontaminação de ambientes produtos e superfícies.

Itapagipe, 29 de outubro de 2020

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

Jussara Agreli Ferreira  
Secretária Municipal de Saúde

|                                                                                                                                                    |                 |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|
|                                                                     |                 | <b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b><br>Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG<br>Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033<br>CNPJ: 21.226.840/0001-47 |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                | <b>NOTA DE EMPENHO<br/>PARCIAL<br/>0005453/9</b> |  |
| DATA EMPENHO<br>29/10/2020                                                                                                                         | TIPO<br>Parcial | MODALIDADE<br>Dispensa 62/2020                                                                                                                     | Nº AF/CI<br>0031445                                                                                                                                                                                                                                     | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA<br>02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.39.00.00 | Nº DA FICHA<br>513/0                             |  |
| OBJETO DA DESPESA<br>LIMPEZA E CONSERVAÇÃO                                                                                                         |                 | Nº CONTRATO:<br>093                                                                                                                                | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO<br>CONTRA APRESENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                            |                                                                                | <b>EXERCÍCIO: 2020</b>                           |  |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA                                                                                                               |                 |                                                                                                                                                    | FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS                                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                  |  |
| ORGÃO: 02 EXECUTIVO<br>ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe<br>UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE<br>SUBUNIDADE:<br>FUNÇÃO: 10 Saúde |                 |                                                                                                                                                    | SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral<br>PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>PROJ/ATIV: 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>ELEMENTO: 3.3.90.39.00.00 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica<br>SUBELEMENTO 3.3.90.39.61.00 Limpeza e Conservação |                                                                                |                                                  |  |

CREDOR

Página 1 de 1

|                                                         |           |                             |                          |                                        |
|---------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL:<br><b>Katia Aparecida Cruz Silva - ME</b> |           |                             | CÓDIGO:<br><b>111408</b> | CNPJ/CPF:<br><b>17.208.663/0001-07</b> |
| ENDEREÇO:<br>Avenida Onze, nº 880                       |           | BAIRRO:<br>Centro           | CEP:<br>38.240-000       |                                        |
| CIDADE:<br>Itapagipe                                    | UF:<br>MG | TELEFONE:<br>(34) 3424-2697 | FAX:<br>(34) 9665-7279   | 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                     | CONTA     | VALOR UNITÁRIO | % DESC             | % IMP.      | VALOR TOTAL  |  |
| 001                                     | 1    | UN | D   | SERVIÇO DE SANITIZAÇÃO NA UPA |           | 550,00         | 0,00               | 0,00        | 550,00       |  |
| VALOR DOS PRODUTOS:                     |      |    |     | DESCONTOS:                    | IMPOSTOS: | FRETE:         | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | GUIA EXTRA: | TOTAL GERAL: |  |
| 550,00                                  |      |    |     | 0,00                          | 0,00      | 0,00           |                    |             | 550,00       |  |

HISTÓRICO DO EMPENHO

Contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

|                                           |                               |                      |                               |                              |
|-------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO |                               |                      |                               | Contadora:                   |
| DATA CONTABILIZAÇÃO:<br>29/10/2020        | INICIAL OU SALDO:<br>6.610,00 | EMPENHADO:<br>550,00 | SALDO DISPONÍVEL:<br>6.060,00 | 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: 62-4 003

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



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

De acordo com a Dispensa nº62/2020 Processo N.13355 com objeto de contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19, conforme nota de empenho 0005453/10; Nota fiscal nº 000000263, realizou a sanitização no prédio da Unidade Básica de Saúde – PSF Dr. Edison Rodrigues, situado a Rua: 6 nº1020, Centro, para fins de ajudar no combate ao Coronavírus (COVID-19), evitando a recontaminação de ambientes produtos e superfícies.

Itapagipe, 30 de outubro de 2020

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

Jussara Agrelli Ferreira  
Secretária Municipal de Saúde

|                                                                                                                                                    |                 |                                                                                                                                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                              |                                                   |                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|--|
|                                                                     |                 | <b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b><br>Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG<br>Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033<br>CNPJ: 21.226.840/0001-47 |                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                              | <b>NOTA DE EMPENHO<br/>PARCIAL<br/>0005453/10</b> |                        |  |
| DATA EMPENHO<br>30/10/2020                                                                                                                         | TIPO<br>Parcial | MODALIDADE<br>Dispensa 62/2020                                                                                                                     | Nº AF/CI<br>0031445 | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA<br>02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.39.00.00                                                                                                                                                                          |                                              | Nº DA FICHA<br>513/0                              |                        |  |
| OBJETO DA DESPESA<br>LIMPEZA E CONSERVAÇÃO                                                                                                         |                 |                                                                                                                                                    | Nº CONTRATO:<br>093 |                                                                                                                                                                                                                                                         | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO<br>CONTRA APRESENTAÇÃO |                                                   | <b>EXERCÍCIO: 2020</b> |  |
| <b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                    |                     | FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                   |                        |  |
| ORGÃO: 02 EXECUTIVO<br>ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe<br>UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE<br>SUBUNIDADE:<br>FUNÇÃO: 10 Saúde |                 |                                                                                                                                                    |                     | SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral<br>PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>PROJ/ATIV: 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>ELEMENTO: 3.3.90.39.00.00 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Juridica<br>SUBELEMENTO 3.3.90.39.61.00 Limpeza e Conservação |                                              |                                                   |                        |  |

**CREDOR**

Página 1 de 1

|                                                         |  |           |                             |                          |                        |                                        |                     |
|---------------------------------------------------------|--|-----------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------------------|---------------------|
| RAZÃO SOCIAL:<br><b>Katia Aparecida Cruz Silva - ME</b> |  |           |                             | CÓDIGO:<br><b>111408</b> |                        | CNPJ/CPF:<br><b>17.208.663/0001-07</b> |                     |
| ENDEREÇO:<br>Avenida Onze, nº 880                       |  |           |                             | BAIRRO:<br>Centro        |                        | CEP:<br>38.240-000                     |                     |
| CIDADE:<br>Itapagipe                                    |  | UF:<br>MG | TELEFONE:<br>(34) 3424-2697 |                          | FAX:<br>(34) 9665-7279 |                                        | 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                                | CONTA     | VALOR UNITÁRIO | % DESC             | % IMP.      | VALOR TOTAL  |
|---------------------|------|----|-----|------------------------------------------|-----------|----------------|--------------------|-------------|--------------|
| 001                 | 1    | UN | D   | SERVIÇO DE SANITIZAÇÃO DO PSF DR. EDISON |           | 500,00         | 0,00               | 0,00        | 500,00       |
| VALOR DOS PRODUTOS: |      |    |     | DESCONTOS:                               | IMPOSTOS: | FRETE:         | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | GUIA EXTRA: | TOTAL GERAL: |
| 500,00              |      |    |     | 0,00                                     | 0,00      | 0,00           |                    |             | 500,00       |

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

Contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

**DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO**

|                                    |                               |                      |                               |                                            |
|------------------------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|
| DATA CONTABILIZAÇÃO:<br>30/10/2020 | INICIAL OU SALDO:<br>6.060,00 | EMPENHADO:<br>500,00 | SALDO DISPONÍVEL:<br>5.560,00 | Contadora:<br>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: 62-4 003

|        |          |           |            |                                              |
|--------|----------|-----------|------------|----------------------------------------------|
| BANCO: | AGÊNCIA: | Nº CONTA: | Nº CHEQUE: | TESOUREIRA:<br>Patrícia Ferreira Leite Silva |
|--------|----------|-----------|------------|----------------------------------------------|



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### NOTA EXPLICATIVA

De acordo com a Dispensa nº62/2020 Processo N.13355 com objeto de contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19, conforme nota de empenho 0005453/11; Nota fiscal nº 000000262, realizou a sanitização dos veículos que transportaram pacientes com Síndrome Respiratória Aguda, pacientes suspeitos e confirmados da COVID-19, para atendimento na Unidade de Pronto Atendimento e tratamento fora do domicílio. Fez necessário a realização de sanitização para fins de ajudar no combate ao Coronavírus (COVID-19), evitando a recontaminação. A sanitização do veículo foi realizada após a viagem. Ambulância Ducato UTI Placa PYG 7859.

Itapagipe, 30 de outubro de 2020

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

Jussara Agrelli 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  
PARCIAL  
0005453/11**

|                                                                                                                                                    |                 |                                |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| DATA EMPENHO<br><b>30/10/2020</b>                                                                                                                  | TIPO<br>Parcial | MODALIDADE<br>Dispensa 62/2020 | Nº AF/CI<br>0031445                                                                                                                                                                                                                                     | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA<br>02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.3.90.39.00.00 | Nº DA FICHA<br><b>513/0</b> |
| OBJETO DA DESPESA<br>LIMPEZA E CONSERVAÇÃO                                                                                                         |                 | Nº CONTRATO:<br>093            | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO<br>CONTRA APRESENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                            |                                                                                | <b>EXERCÍCIO: 2020</b>      |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA                                                                                                               |                 |                                | FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS                                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                             |
| ORGÃO: 02 EXECUTIVO<br>ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe<br>UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE<br>SUBUNIDADE:<br>FUNÇÃO: 10 Saúde |                 |                                | SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral<br>PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>PROJ/ATIV: 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19<br>ELEMENTO: 3.3.90.39.00.00 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Juridica<br>SUBELEMENTO 3.3.90.39.61.00 Limpeza e Conservação |                                                                                |                             |

Página 1 de 1

## CREDOR

|                                                         |           |                             |                                        |
|---------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|----------------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL:<br><b>Katia Aparecida Cruz Silva - ME</b> |           | CÓDIGO:<br><b>111408</b>    | CNPJ/CPF:<br><b>17.208.663/0001-07</b> |
| ENDEREÇO:<br>Avenida Onze, nº 880                       |           | BAIRRO:<br>Centro           | CEP:<br>38.240-000                     |
| CIDADE:<br>Itapagipe                                    | UF:<br>MG | TELEFONE:<br>(34) 3424-2697 | FAX:<br>(34) 9665-7279                 |
| 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

| ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS |      |    |     |                                                                                 |           |                |                    |             |              |  |
|-----------------------------------------|------|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|--------------------|-------------|--------------|--|
| ITEM                                    | QTDE | UN | D/R | DESCRIÇÃO                                                                       | CONTA     | VALOR UNITÁRIO | % DESC             | % IMP.      | VALOR TOTAL  |  |
| 001                                     | 1    | UN | D   | SERVIÇO DE SANITIZAÇÃO DE VEÍCULOS QUE SÃO UTILIZADOS PARA REMOÇÃO DE PACIENTES |           | 40,00          | 0,00               | 0,00        | 40,00        |  |
| VALOR DOS PRODUTOS:                     |      |    |     | DESCONTOS:                                                                      | IMPOSTOS: | FRETE:         | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | GUIA EXTRA: | TOTAL GERAL: |  |
| 40,00                                   |      |    |     | 0,00                                                                            | 0,00      | 0,00           |                    |             | 40,00        |  |

## HISTÓRICO DO EMPENHO

Contratação de serviços de sanitização, imunização e desinfecção de veículos e ambientes da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de evitar a propagação do vírus causador da COVID-19.

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

### DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO

|                                    |                               |                     |                               |                                            |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|
| DATA CONTABILIZAÇÃO:<br>30/10/2020 | INICIAL OU SALDO:<br>5.560,00 | EMPENHADO:<br>40,00 | SALDO DISPONÍVEL:<br>5.520,00 | Contadora:<br>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: 62-4 003

|        |          |           |            |                                              |
|--------|----------|-----------|------------|----------------------------------------------|
| BANCO: | AGÊNCIA: | Nº CONTA: | Nº CHEQUE: | TESOUREIRA:<br>Patrícia Ferreira Leite Silva |
|--------|----------|-----------|------------|----------------------------------------------|