PREFEITURA MUNICIPAL CAMPESTRE-MG

NOTA DE EMPENHO N°= 3785/2020-001 0

O ordenador da despesa, para efeito da execução orçamentária, determina que seja empenhada neste exercício a importância abaixo discriminada.

Orçamento de: 2020 Tipo: Ordinário Data: 15/06/2020 Ficha: 000388

Órgão.....:	02	-	EXECUTIVO
Unidade.....:	02.10	-	SECRETARIA DE SAUDE
SubUnidade.....:	02.10.01	-	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Classif. Orçamentária:	10.122.0033.2060	-	ENFRENTAMENTO DE EMERGENCIA COVID-19
Elemento da Despesa..:	3.3.90.39.36	-	Serviço Médico-hospitalar,Odont.Laborat.
Fonte de Recurso.....:	1.54.00	-	Outras Transferências de Recursos do SUS

Credor...: SANTA CASA DE MISERICORDIA E CARIDADE DE CAMPESTRE **Número: 227**
Endereço.: PRAÇA MADRE LUDWINA N°: 60 Bairro: CENTRO CEP: 37.730-000
Cidade...: Campestre - MG CNPJ..: 19.091.537/0001.32
Banco ...: 000 Agência ..: Conta ..: -

Pela presente fica empenhada a importância de R$ 82.190,05
Oitenta e dois mil, cento e noventa reais e cinco centavos.....

Hist.: VR.REF.CONVENIO N° SMS 016/2017 5°T.ADITIVO P/REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS,AÇÕES E ATIVIDADES SAUDE NO AMBITO DA POLITICA NACIONAL ATENÇÃO HOSPITALAR (PNHOSP),COM FINALIDADE REPASSE INCREMENTO P/INFRENTAMENTO DO COVID-19,REF PORTARIA N° 1.393 DE 21 DE MAIO DE 2020.

Licitação.: Não se Aplica Processo N°.:

Data: 15/06/2020 Ordenador da Despesa: _____

VAGNER MIRANDA SILVIO
CPF: 033.590.226-02 / SECRETÁRIO MUNICIPAL

Sendo o saldo da dotação orçamentária o abaixo demonstrado:

SALDO ANTERIOR ..:	.....82.190,05	**VALOR LIQUIDADO .:**	.....82.190,05
VALOR EMPENHADO .:	.....82.190,05	**DESCONTO .....:**	0,00
SALDO ATUAL .....:	0,00	**VALOR LIQUIDO ...:**	.....82.190,05
TOTAL EMPENHADO .:	.....82.190,05	**SALDO A LIQUIDAR :**	0,00
VALOR A LIQUIDAR :	.....82.190,05		

Data: 15/06/2020 Contador(a)/Contabilista: _____

MARIA APARECIDA FIGUEIREDO FARIA
CRC: 56.058/MG / CONTADOR

A liquidação N° 001, no valor R$ .....82.190,05, 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 efetivação do serviço prestado.

Data: 15/06/2020 Assinatura: _____
Data p/ Pagto: 15/06/2020

ANDREA CRISTINA PEREIRA DE FIGUEIREDO
CPF: 014.390.296-28 / LIQUIDANTE

Face a liquidação acima autorizo o pagamento desta importância ao favorecido.

Data: 15/06/2020 Assinatura: _____

VAGNER MIRANDA SILVIO
CPF: 033.590.226-02 / SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi(emos) a importância de R$ .....82.190,05 ,Oitenta e dois mil, cento e noventa reais e cinco centavos.....
referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação.

17/06/2020 _____ _____
Data Identidade/CPF/CGC Assinatura do Credor ou seu Procurador

RECURSO

BANCO: 104 **CONTA:** 624019-6 **CHEQUE:** S/CH **DATA:** 17/06/2020

Prefeitura Municipal de Campestre

Estado de Minas Gerais

Secretaria Municipal de Saúde

25/05/20

Memorando SMS/227/2020

Assunto: Solicitação "FAZ"

Para: Departamento Financeiro

Campestre, 03 de junho de 2020.

Exma. Sr.ª
Maria Aparecida Faria
Contadora

CONSIDERANDO os termos contidos no convênio nº SMS/016/2017, com vigência em 01 de agosto de 2017, firmado entre a Prefeitura Municipal de Campestre e a Santa Casa de Misericórdia e Caridade de Campestre e que dispõe sobre a realização de serviços, ações e atividades de saúde no âmbito da PNHOSP.

CONSIDERANDO o 5º Termo Aditivo do convênio para realização de serviços, ações e atividades de saúde nº SMS/016/2017, no âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Por estas considerações, encaminhamos através deste a autorização de pagamento **único** do prestador, considerando a seguinte tabela:

Fonte/Ficha/Recurso	Valor (R$)	Observações
Fonte Federal – 1.54	82.190,05	Repasse de incremento para o enfrentamento do COVID-19

O pagamento deverá ser realizado na conta destino:

Dados bancários da instituição

- Agência 1721
- OP 003
- Conta 00001699-0

Anexo documentação pertinente.

Sendo só para o momento, agradeço e renovo votos de estimas e considerações.

Coloco-me a disposição para eventuais esclarecimentos se necessário.

Atenciosamente,

Vagner Miranda Silvio
Secretário de Saúde

QUINTO TERMO ADITIVO DO CONVÊNIO PARA REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS, AÇÕES E ATIVIDADES DE SAÚDE Nº SMS/16/2017, NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR (PNHOSP), QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CAMPESTRE, POR INTERMÉDIO DA SUA SECRETARIA DE SAÚDE, ÓRGÃO GESTOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E CARIDADE DE CAMPESTRE, DO MUNICIPIO DE CAMPESTRE.

O Município de CAMPESTRE, Estado de Minas Gerais, por intermédio da sua Secretaria Municipal de Saúde, Órgão Gestor do Sistema Único de Saúde Municipal/Fundo Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 11.939.987/0001-20, neste ato representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde e Gestor do Fundo Municipal de Saúde, senhor Vagner Miranda Silvio, brasileiro, com domicílio na Rua Oswaldo Cruz, 102 – Centro, Campestre-MG, inscrito no CPF/MF sob o nº 033.590.226-02, doravante denominado **MUNICÍPIO**, e de outro, a Santa Casa de Misericórdia e Caridade de Campestre, cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES Nº 2205009 e sobre o CNPJ: 19.091.537/0001-32, neste ato representada pelo seu Provedor e representante legal, Dr. Zenun Elias Jorge Zenun, com domicílio na Avenida Central, 159, Centro, Campestre-MG, Documento de Identificação Profissional nº 17.856, órgão Conselho Regional de Medicina - CRM e CPF nº 562.568.096-53, doravante denominado **HOSPITAL**, nos termos da Lei n. 8.080, de 19-9-1990, da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações, o que dispõem a Lei 13.995, de 05 de maio de 2020 e a Portaria N°1.393, de 21 de maio de 2020, resolvem, de comum acordo, celebrar o **QUARTO TERMO ADITIVO** do presente Convênio nas normas gerais da Lei 8.666/93, no que couber, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O presente **TERMO ADITIVO** tem por finalidade **REPASSE DE INCREMENTO PARA O ENFRENTAMENTO DO COVID-19**, referente a Portaria N°1.393, de 21 de maio de 2020.

PARÁGRAFO SEGUNDO – o **RECONHECIMENTO** de que o valor será repassado em parcela específica e única, sem alterações do teto financeiro do Convênio 016/2017.

CLÁUSULA SEGUNDA: DA REPACTUAÇÃO DO VALOR CONTRATUAL

O valor a ser repassado em parcela única é de acordo com a programação orçamentária conforme **QUADRO 1**, sem alterações de valores do convênio.

QUADRO 1

Programação Orçamentária		
PÓS-FIXADO	MENSAL (R$)	ANUAL (R$)
Incremento MAC para o Enfrentamento do COVID-19	R$82.190,05	R$82.190,05
Total	**R$82.190,05**	**R$82.190,05**

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O Documento Descritivo não terá alteração dos valores estabelecidos conforme o terceiro termo aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS ALTERAÇÕES DO DOCUMENTO DESCRITIVO

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A instituição terá o recebimento do valor como aporte para a execução exclusivamente do Enfrentamento do COVID-19, garantindo a aplicação dos recursos conforme Art. 05 da Portaria 1.393, de 21 de maio de 2020 e o Plano de Aplicação dos Recursos previamente apresentados pela instituição.

CLÁUSULA QUARTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

PARÁGRAFO ÚNICO – O recurso do no valor de 82.190,05 será repassado com forme aditivo do Convênio 016/2017 oneram recursos do Fundo de Saúde do Município, classificação programática:

Dotação Orçamentária:

10.122.0033.33.90.39.00.20.60– Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

Fonte de Recurso

1.54 – Recurso Federal – Transferências de recursos do SUS – Custeio

CLÁUSULA QUINTA: RATIFICAÇÃO DOS DEMAIS DISPOSITIVOS

PARÁGRAFO ÚNICO – Ficam ratificadas as demais disposições contidas no Convênio 016/2017, ora aditado.

E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os efeitos legais, na presença das testemunhas infra-assinadas.

Campestre, 01 de junho de 2020.

MUNICÍPIO: _____

Vagner Miranda Silvio

Secretário Municipal de Saúde Gestor do Fundo Municipal de Saúde

HOSPITAL: _____

Zenun Elias Jorge Zenun

Provedor do Hospital Santa Casa de Misericórdia e Caridade de Campestre

TESTEMUNHAS:

_____

1ª) Maurício Durval de Sá **CPF:** 045.317.966-59

_____

2ª) Helieverton Ramos da Silva **CPF:** 103.098.176-09

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E CARIDADE DE CAMPESTRE

PREFEITURA
CAMPESTRE
ESPERANÇA E FÉ

PORTARIA 1393, DE 21 DE MAIO DE 2020			
ITEM	EIXO DE APLICAÇÃO	VALOR	
1	Aquisição de medicamentos	R$	31.190,05
2	Suprimentos		
3	Insumos	R$	25.000,00
4	Produtos Hospitalares	R$	10.000,00
5	Aquisição de equipamentos	R$	16.000,00
6	Pequenas reformas e adaptações físicas		
7	Contratação e pagamento de profissionais		
	VALOR TOTAL	R$	82.190,05

Orientações: a planilha deverá ser preenchida tendo o somatório de R$82.190,05, respeitando o Art. 5º da Portaria N°1.393, de 21 de maio de 2020, que será agregado ao Termo de Aditivio do Convênio e tendo como principal e único objetivo a utlização para organização e funcionamento dos Leitos COVID-19 e assistência aos pacientes durante a Pandemia.