

PREFEITURA MUNICIPAL PAINS-MG

NOTA DE EMPENHO

Nº= 6918/2020-001

NAF: 2020 / 004886

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: 17/09/2020 Ficha: 000498

Órgão.....: 02 - PODER EXECUTIVO
Unidade.....: 02.05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
SubUnidade.....: 02.05.02 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE-RECURSOS SUS
Classif. Orçamentária: 10.301.0009.2147 - MANUT.BLOCO CUSTEIO ACOES SERV.PUB.SAUDE
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 CARIDADE DE FORMIGA Número: 4737
Endereço.: RUA DR TEIXEIRA SOARES Nº: 335 Bairro: CENTRO CEP: 35.570-000
Cidade...: FORMIGA - MG CNPJ...: 20.499.893/0001.79
Banco ...: 001 Agência ...: 212-7 Conta ...: 3121-6

Pela presente fica empenhada a importância de R\$60,00
Sessenta reais.....

Hist.: REFERENTE A REALIZACAO DE EXAME DE RX DE TORAX DIGITAL PA E PERFIL PARA
ATENDER O PACIENTE OSVANDER VIGILATO C/C 624.045-0

Licitação.: Dispensa Art. 24 2020/1657 Processo Nº.: 2020/2387

Data: 17/09/2020 Ordenador da Despesa: ELIANA PEREIRA VIGILATO
CPF: 831.937.076-00 / SECRETARIO DE SAUDE

Sendo o saldo da dotação orçamentária o abaixo demonstrado:
SALDO ANTERIOR ...:-3.551,45 : VALOR LIQUIDADADO ..:55,00
VALOR EMPENHADO ..:60,00 : DESCONTO:0,00
SALDO ATUAL:-3.611,45 : VALOR LIQUIDO ...:55,00
TOTAL EMPENHADO ..:60,00 : SALDO A LIQUIDAR :5,00
VALOR A LIQUIDAR :60,00

Data: 17/09/2020 Contador(a)/Contabilista: VILMAR OZANAM BORGES
CRC: MG 49617 / CONTABILISTA

A liquidação Nº 001, no valor R\$55,00, 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.

Nota Fiscal Nº: 4823 / Série: U
Data: 24/09/2020 Assinatura: IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR
Data p/ Pagto: 01/10/2020 CPF: 081.645.406-86 / CONTROLE INTERNO

Face a liquidação acima autorizo o pagamento desta importância ao favorecido.
Data: 24/09/2020 Ord. Pagto: ELIANA PEREIRA VIGILATO
CPF: 831.937.076-00 / SECRETARIO DE SAUDE

Recebi(emos) a importância de R\$55,00 ,Cinquenta e cinco reais.....
referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação.

07 / 10 / 2020

Data

Identidade/CPF/CGC

Assinatura do Credor ou seu Procurador

Quitado conforme documento anexo

BC.: 104 AG.: 1696 CT.: 624045-0 - RECURSO C.E.FEDER CH.:

DATA: 07/10 / 2020

Usuário: Sabrina Leal



UF: MG
 Município: PAINS
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

6918

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO

Emitida por cédula

Número da NAF: 004886

Data: 17/09/2020

Endereço: PRAÇA TONICO RABELO, 164, SEDE - CEP: 35582-000 - Bairro: CENTRO
 C.N.P.J.: 20.920.575/0001-30 Inscrição Estadual:
 compras@pains.mg.gov.br

Tel / Fax: 3733231285

Número Processo: 002387 / 2020

Data: 17/09/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001657 / 2020

Finalidade: 01.001 - COMPRAS/SERVIÇOS

Objeto: PRESTACAO DE SERVIÇOS

Fornecedor: 004737 - SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA

CNPJ: 20.499.893/0001-79

I.E.:

Contato: NELIZE

Endereço: RUA DR TEIXEIRA SOARES, 335

Complemento: Não informado

CEP: 35570-000 Bairro: CENTRO

Cidade: FORMIGA

UF: MG

Telefone: (37) 3329-1300

Fax:

Email: santacasadecaridade@yahoo.com.br

Ficha: 00498

Órgão: 02

PODER EXECUTIVO

Unidade: 02.05

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Sub-Unidade: 02.05.02

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE-RECURSOS SUS

Funcional Programatica: 10.301.0009.2147

MANUT.BLOCO CUSTEIO ACOES SERV.PUB.SAUDE

Elemento da Despesa: 3.3.90.39.00

Outros Serv. Terceiros - Pessoa Juridica

Desdobramento: 36

Serviço Médico-hospitalar, Odont. Laborat.

Fonte de Recurso: 1.54

Outras Transferências de Recursos do SUS

Sub Fonte: 00

Outras Transferências de Recursos do SUS

NÚMERO DO EMPENHO:

Item	Código	Descrição do Material / Serviço	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
00001	000168	EXAME	C Unidade	1,0000	60,0000	60,0000

Especificação:

Valor Total: 60,00 (Sessenta reais.)

REFERENTE A REALIZACAO DE EXAME DE RX DE TORAX DIGITAL PA E PERFIL PARA ATENDER O PACIENTE OSVANDER VIGILATO C/C 624.045-0

AMIR OTONI DE OLIVEIRA
 CHEFE DE GABINETE

IZOMER JOSE MACHADO JUNIOR
 CONTROLE INTERNO

MARINA MURARI RABELO
 SETOR DE COMPRAS



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PAINS
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Secretaria Municipal de Saúde
e-mail: sms@hotmail.com, tfdpains@hotmail.com

Fone: (37)3323/1111

MEMORANDO/SMS/TFD/PAINS/350

PAINS-MG
17/09/2020

Ao Departamento de Compras:

Venho através deste, solicitar contratação de empresa, para realização de exame de RX DE TORAX DIGITAL DE TÓRAX PA E PERFIL para atender o paciente OSVANDER VIGILATO.

“Todo cidadão tem direito às ações e serviços necessários para a programação, a proteção e recuperação de sua saúde, incluindo aí realização de consulta médica e exames nas unidades do SUS (Artigo 196 e 198, II da Constituição Federal, 5º, III e 7º. Da Lei 8.080/90).”

Eliana Pereira Vigilato
CPF 831.137.076-4
Secretaria Municipal de Saúde
Pains - MG

**ELIANA PEREIRA VIGILATO
SECRETÁRIA DE SAÚDE
PAINS-MG**

Rua Manoel Lopes, nº 164 – Centro – CEP: 35582-000
Fone: (37) 3323-1222 – (37)3323-1111



**MÉDICINA DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE**

Clínica Dr. César Francisco Batista



**IA DA CRIANÇA
DOLESCENTE**

Osvander Vigilato

- Clínica Dia
- Recém Nascido
- Crianças
- Adolescentes
- Adultos

- Puericultura
- Vacinações
- Imunoterapia

•Imunologia

•Testes Alérgicos:

(Patch-Test,

Prick-Test e Testes

de Contato em geral)

HD: Tabagista
"Intolerância a odores"

Pede-se

- RX digitalizado de Tórax PA e Perfil

Dr. César Francisco Batista
CRM-MG 8564 - CPF 250.374.636-53
CFM-3467
Pediatria

Dra. Melissa Lopes Batista Ferreira
CRM-MG 37.987 - CPF 028.809.936-28
Pediatria - Hebiatria
Medicina do Trabalho

Dr. Rodrigo Ferreira Rodrigues
CRM-MG 36.300 - CPF 971.444.876-04
Pediatria - Neonatologia
Alergia e Imunologia

Piumhi, 31 de Agosto de 2020.

Dr. Rodrigo Ferreira Rodrigues
Pediatria / Alergia
CRM-MG 36.300

Rodrigo Ferreira Rodrigues
CRMMG 36300

1 Dia

Nascido

as

centes

s

ultura

ições

terapia

logia

Alérgicos:

-Test,

Test e Tante

uato em geral)

Francisco Batista
1 - CPF 250.374.636-53
FM-3467
Pediatria

Lopes Batista Ferreira
17 - CPF 028.809.936-28
ia - Hebiatria
ia do Trabalho

Ferreira Rodrigues
0 - CPF 971.444.876-04
- Neonatologia
e Imunologia

CLÍNICA:
Praça Guia Lopes, 196
Centro
Tels.: (37) 3371-1007 ●
(37) 3371-2279 †
(37) 99932-1007 ●
CEP 37925-000
Piumhi - MG

LÍNICA:
ia Lopes, 196
Centro
) 3371-1007 ●
) 3371-2279 †
99932-1007 ●
37925-000
nhi - MG
ar@hotmail.com



SUS

SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - CNPJ: 20.920.575/0001-30

"Promoção de Doenças; Prevenção de Saúde; Gerando Qualidade de Vida"

RUA PADRE JOSÉ VENÂNCIO, 770 - CENTRO - PAINS: (37) 3323-1222 - FAX: (37) 3323-1266

CEP 35582-000

PAINS

MINAS GERAIS

ATENDIMENTO À SAÚDE

Consultas e Exames Especializados

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Ellana Pereira Vigilato TELEFONE: 99844-5181

RESPONSÁVEL: _____ RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

PRONTUÁRIO: _____ UNIDADE BÁSICA: _____ DATA NASC.: _____

2. REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA:

RX digitalizado de Torax PA e Perfil

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: (o solicitante deve fornecer dados que caracterizam a necessidade do exame e sua urgência ou não)

CID: _____

EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS:

Ellana Pereira Vigilato
CPF: 031.007.000-00
Secretaria Municipal de Saúde
Pains - MG

Dr. Hernan Patricio E. Moreno
CRM MG 20499
CONTRATO 1876024

31, 08, 2020
DATA

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

3. CONTRA-REFERÊNCIA:

LAUDO MÉDICO: _____

PROCEDIMENTOS (Realizados/Solicitados): _____

EXAMES REALIZADOS: _____

CID: _____ COD SSM: _____

DATA

ASSINATURA MÉDICA

DATA

ASSINATURA DO PACIENTE



UF: MG
 Município: PAINS
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - PARCIAL
Número da NAF: 004886 / 0001

Data: 24/09/2020

Emitida por cidinha

Empenho: 006918 de 17/09/2020

Endereço: PRAÇA TONICO RABELO, 164, SEDE - CEP: 35582-000 - Bairro: CENTRO

C.N.P.J.: 20.920.575/0001-30

Inscrição Estadual:

Tel / Fax: 3733231285

compras@pains.mg.gov.br

Número Processo: **002387 / 2020**

Data: 17/09/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001657 / 2020

Finalidade: 01.001 - COMPRAS/SERVIÇOS

Objeto: **PRESTACAO DE SERVIÇOS**

Fornecedor: 004737 - SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA

CNPJ 20.499.893/0001-79

I.E.:

Contato: NELIZE

Endereço: RUA DR TEIXEIRA SOARES, 335

Complemento: Não informado

CEP: 35570-000 Bairro: CENTRO

Cidade: FORMIGA

UF: MG

Telefone: (37) 3329-1300

Fax:

Email: santacasadecaridade@yahoo.com.br

Ficha: 00498

Órgão: 02

PODER EXECUTIVO

Unidade: 02.05

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Sub-Unidade: 02.05.02

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE-RECURSOS SUS

Funcional Programatica: 10.301.0009.2147

MANUT.BLOCO CUSTEIO ACOES SERV.PUB.SAUDE

Elemento da Despesa: 3.3.90.39.00

Outros Serv. Terceiros - Pessoa Juridica

Desdobramento: 36

Serviço Médico-hospitalar, Odont. Laborat.

Fonte de Recurso: 1.54

Outras Transferências de Recursos do SUS

Sub Fonte: 00

Outras Transferências de Recursos do SUS

Item	Código	Descrição do Material / Serviço	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
00001	000168	EXAME	C Unidade	0,9167	60,0000	55,0000

Especificação:

Valor Total: 55,00 (Cinquenta e cinco reais.)

AMIR OTONI DE OLIVEIRA
 CHEFE DE GABINETE

IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR
 CONTROLE INTERNO

MARINA MURARI RABELO
 SETOR DE COMPRAS



Prefeitura Municipal de Formiga
 Secretaria Municipal de Fazenda
 Departamento de Arrecadação e Fiscalização
 Rua Barão de Plumhy, nº 121 - Centro / Formiga-MG / CEP. 35570-000



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília) **24/09/2020 16:49** Período de Competência **9/2020** Município de Prestação do Serviço **Formiga - MG**
 Reg. Especial Tributação **Nenhum** Natureza da Operação **Imune**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social **SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA** CPF/CNPJ **20.499.893/0001-79**
 Inscrição Municipal **9003249** Fone/Fax **(37)3329-1300** Simples Nacional **Não** Incentivador Cultural **Não** E-mail **sccfcontaspagar@gmail.com**
 Endereço **RUA DR. TEIXEIRA SOARES, 335 Bairro Centro CEP 35570-000 Formiga - MG**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social **PREFEITURA MUNICIPAL DE PAINS** CPF/CNPJ **20.920.575/0001-30**
 Inscrição Municipal **(37)3323-1242** E-mail **tfdpains@hotmail.com**
 Endereço **PRAÇA TONICO RABELO, 164 CASA Bairro Centro CEP 35582-000 Pains - MG**

Código Tributação Município: 0403-Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

RAIO X DE TORAX PA E PERFIL
 PRONT: 323620/1
 PAC: OSVANDER VIGILATO

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
55,00	0,00	0,00	55,00	0,00
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
0,00	0,00	0,00	55,00	55,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

TRIB. APROX.: R\$07,40 FEDERAL E R\$01,41 MUNICIPAL. FONTE: IBPT 02C353.

Osvaldo
Osvaldo Vigilato
 CPF: 078-00
 Secretário Municipal de Saúde
 Pains - MG



**Comprovante de Solicitação de Remessa de TED
via GovConta Caixa**

Tipo de TED:	Terceiros
Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE PAINS
Conta Origem:	1696/006/00624045-0
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
CPF/CNPJ:	11.193.359/0001-49

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A
Conta Destino:	212/3121-6
Tipo de Conta:	01
Tipo de Pessoa:	Jurídica
Nome:	SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA
CPF/CNPJ:	20.499.893/0001-79
Valor:	R\$ 55,00
Valor da Tarifa:	R\$ 10,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO FORNECEDOR

Data de Débito:	07/10/2020
Data da Operação:	07/10/2020 - 14:29:06
Código da Operação:	20152540

CPFs que já Autorizaram:
437.766.716-53

Esta operação só será efetivada após a assinatura de todos os Representantes Legais.

As assinaturas devem ser inseridas todas no mesmo dia, dentro do horário limite estabelecido.

A transação encontra-se disponível em Consulta Pendências.

Para imprimir o comprovante, utilize a opção de impressão do seu browser.

RETORNAR

CADASTRAR FAVORECIDO

IMPRIMIR	FECHAR
----------	--------



Comprovante de Remessa de TED
via GovConta Caixa

Tipo de TED:	Terceiros
Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE PAINS
Conta Origem:	1696/006/00624045-0
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
CPF/CNPJ:	11.193.359/0001-49

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A
Conta Destino:	0212/3121-6
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
Nome:	SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA
CPF/CNPJ	20.499.893/0001-79
Valor:	R\$55,00
Valor da Tarifa:	R\$10,00
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO FORNECEDOR

Data de Débito:	07/10/2020
Data da Operação:	07/10/2020
Código da Operação:	00132058
Chave de Segurança:	TL7JZCHGYX03GRY6

CPFs Autorizadores:
437.766.716-53
444.969.316-72

Operação realizada com sucesso.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.