

PREFEITURA MUNICIPAL PAINS-MG

NOTA DE EMPENHO

Nº= 7147/2020-001

NAF: 2020 / 004991

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: 23/09/2020 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...: 3.3.90.39.99 - Outros Serv. Terceiros -Pessoa Jurídica
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\$ .....290,00
Duzentos e noventa reais.....

Hist.: REFERENTE A REALIZAÇÃO DE EXAME ULTRASSOM DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER PARA ATENDER O PACIENTE WALDERCI APARECIDO DE LIMA. CC-624.045.0

Licitação.: Dispensa Art. 24 2020/1698 Processo Nº.: 2020/2428

Data: 23/09/2020 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 ...: 4.049,30 : VALOR LIQUIDADO ...: 290,00
VALOR EMPENHADO ...: 290,00 : DESCONTO ...: 0,00
SALDO ATUAL .....: 3.759,30 : VALOR LIQUIDO ...: 290,00
TOTAL EMPENHADO ...: 290,00 : SALDO A LIQUIDAR ...: 0,00
VALOR A LIQUIDAR ...: 290,00

Data: 23/09/2020 Contador(a)/Contabilista: VILMAR OZANAM BORGES
CRC: MG 49617 / CONTABILISTA

A liquidação Nº 001, no valor R\$ .....290,00, 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: 4809 / Série: U
Data: 24/09/2020 Assinatura: IZOMER JOSÉ MACHADO JUNIOR
Data p/ Pagto: 30/09/2020 CPF: 061.845.406-66 / 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\$ .....290,00 ,Duzentos e noventa reais.....
referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação

07 / 10 / 2020

Quitação conforme documento anexo.

Data Identidade/CPF/CGC Assinatura do Credor ou seu Procurador

BC.: 104 AG.: 1696 CT.: 624045-0 - R E C U R S O - C.E.FEDER CH.: DATA: 07 / 10 / 2020
Usuário: Paulo Vitor



UF: MG  
 Município: PAINS  
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

**SOLICITAÇÃO DE EMPENHO**  
 Número da NAF: 004991 Data: 23/09/2020

Emitida por Amanda

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: 002428 / 2020

Data: 23/09/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001698 / 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 Jurídica

Desdobramento: 99

Outros Serv. Terceiros -Pessoa Jurídica

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 | 009457 | ULTRASSOM                       | C Unidade | 1,0000     | 290,0000       | 290,0000    |

Especificação: ULTRASSOM DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER.

**Valor Total: 290,00 (Duzentos e noventa reais.)**

REFERENTE A REALIZAÇÃO DE EXAME ULTRASSOM DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER PARA ATENDER O PACIENTE WALDERCI APARECIDO DE LIMA. CC-624.045.0

AMIR OTONI DE OLIVEIRA  
 CHEFE DE GABINETE

IZOMIRO JOSE RICHADO 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](mailto:sms@hotmail.com) [tfdpains@hotmail.com](mailto:tfdpains@hotmail.com)

Fone: (37)3323/1111

---

**MEMORANDO/SMS/TFD/PAINS/375**

---

PAINS-MG  
23/09/2020

Ao Departamento de Compras:

Venho através deste, solicitar contratação de empresa, para realização de exame de ULTRASSOM DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER para atender o paciente WALDERCI APARECIDO DE LIMA.

“Todo cidadão tem direito às ações e serviços necessários para a programação, a proteção e recuperação de sua saúde, incluindo a 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).”

  
Luis Augusto da Silva  
Diretor Administrativo  
CRA-MG 11-069543/D  
HMRVO Pains/MG

---

LUIS AUGUSTO DA SILVA  
DIRETOR ADMINISTRATIVO HOSPITALAR  
PAINS-MG

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



UF: MG  
 Município: PAINS  
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

**NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - PARCIAL**  
**Número da NAF: 004991 / 0001**      Data: 24/09/2020

Emitida por Amanda

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: **002428 / 2020**

Data: 23/09/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001698 / 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 Jurídica |
| Desdobramento:          | 99               | Outros Serv. Terceiros -Pessoa Jurídica  |
| 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 | 009457 | ULTRASSOM                       | C Unidade | 1,0000     | 290,0000       | 290,0000    |

Especificação: ULTRASSOM DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER.

**Valor Total: 290,00 (Duzentos e noventa reais.)**

AMIR OTONI DE OLIVEIRA  
 CHEFE DE GABINETE

IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR  
 CONTROLADOR 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**

4991



## Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília) **23/09/2020 14:35** 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 **9003249** Fone/Fax **(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

ULTRASSOM BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER  
PACIENTE: WALDERCI APARECIDA DE LIMA  
PRONT: 323820/1

**Luis Augusto da Silva**  
**Diretor Administrativo**  
**CRA-MG 01-059543/D**  
**HMRVO - Pains/MG**

### 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                   |
| <b>VALORES</b>           |                  |                               |                       |                           |                        |
| Valor dos Serviços (R\$) | Deduções (R\$)   | Desconto Incondicionado (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%)              |                        |
| 290,00                   | 0,00             | 0,00                          | 290,00                | 0,00                      |                        |
| ISS (R\$)                | ISS Retido (R\$) | Desconto Condicionado (R\$)   | Valor Líquido (R\$)   | Valor Total da Nota (R\$) |                        |
| 0,00                     | 0,00             | 0,00                          | 290,00                | <b>290,00</b>             |                        |

### OUTRAS INFORMAÇÕES

TRIB. APROX.: R\$39,01 FEDERAL E R\$07,45 MUNICIPAL. FONTE: IBPT 02C353.



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

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

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 001 - BANCO DO BRASIL S/A         |
| <b>Conta Destino:</b>             | 212/3121-6                        |
| <b>Tipo de Conta:</b>             | 01                                |
| <b>Tipo de Pessoa:</b>            | Jurídica                          |
| <b>Nome:</b>                      | SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 20.499.893/0001-79                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 290,00                        |
| <b>Valor da Tarifa:</b>           | R\$ 10,00                         |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta             |
| <b>Identificação da Operação:</b> | PAGAMENTO FORNECEDOR              |

|                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| <b>Data de Débito:</b>     | 07/10/2020            |
| <b>Data da Operação:</b>   | 07/10/2020 - 10:17:10 |
| <b>Código da Operação:</b> | 01288960              |

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>CPFs que já Autorizaram:</b> |
| 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**



### Comprovante de Remessa de TED via GovConta Caixa

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

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 001 - BANCO DO BRASIL S/A         |
| <b>Conta Destino:</b>             | 0212/3121-6                       |
| <b>Tipo de Conta:</b>             | 01 - Conta Corrente               |
| <b>Tipo de Pessoa:</b>            | Jurídica                          |
| <b>Nome:</b>                      | SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA |
| <b>CPF/CNPJ</b>                   | 20.499.893/0001-79                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$290,00                         |
| <b>Valor da Tarifa:</b>           | R\$10,00                          |
| <b>Finalidade</b>                 | 10-Crédito em Conta               |
| <b>Identificação da Operação:</b> | PAGAMENTO FORNECEDOR              |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Data de Débito:</b>     | 07/10/2020       |
| <b>Data da Operação:</b>   | 07/10/2020       |
| <b>Código da Operação:</b> | 00191531         |
| <b>Chave de Segurança:</b> | S73U1XKYJAEKC03Z |

|                            |
|----------------------------|
| <b>CPFs Autorizadores:</b> |
| 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.