

PREFEITURA MUNICIPAL PAINS-MG

NOTA DE EMPENHO COMPLEMENTAR N°= 7213-001/2020-001

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: 07/10/2020 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...: CLINICA MEDICA DR EYMARD ANTONIO GONTIJO LTDA ME Número: 10755
Endereço.: RUA DR TEIXEIRA SOARES N°: 190 Bairro: CENTRO CEP: 35.570-000
Cidade...: FORMIGA - MG CNPJ...: 16.384.630/0001.47
Banco ...: 001 Agência ...: 212-7 Conta ...: 40757-7

Pela presente fica empenhada a importância de R\$50,00
Cinquenta reais.....

Hist.: REFERENTE A REALIZAÇÃO DE EXAME DE ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO COM
SPECKLE TRANCKING PARA ATENDER O PACIENTE RAFAEL JUNIO GONÇALVES
CARDOSO.CC/624.045.04

Licitação.: Dispensa Art. 24 2020/1726 Processo N°.: 2020/2456

Data: 07/10/2020 Ordenador da Despesa: Eliana Pereira Vigilato
ELIANA PEREIRA VIGILATO
CPF: 831.937.076-00 / SECRETARIO DE SAUDE

Sendo o saldo da dotação orçamentária o abaixo demonstrado:

SALDO ANTERIOR ...: 36.459,78 : VALOR LIQUIDADO : 270,00
VALOR EMPENHADO : 50,00 : DESCONTO : 0,00
SALDO ATUAL: 36.409,78 : VALOR LIQUIDO ...: 270,00
TOTAL EMPENHADO : 270,00 : SALDO A LIQUIDAR : 0,00
VALOR A LIQUIDAR : 270,00

Data: 07/10/2020 Contador(a)/Contabilista: Vilmar Ozanam Borges
VILMAR OZANAM BORGES
CRC: MG 49617 / CONTABILISTA

A liquidação N° 001, no valor R\$270,00, da despesa a que se refe-
re 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 N°: 154 / Série: U
Data: 07/10/2020 Assinatura: Izomero Jose Machado Junior
IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR
CPF: 061.645.406-66 / CONTROLE INTERNO

Face a liquidação acima autorizo o pagamento desta importância ao favorecido.
Data: 07/10/2020 Ord. Pagto: Eliana Pereira Vigilato
ELIANA PEREIRA VIGILATO
CPF: 831.937.076-00 / SECRETARIO DE SAUDE

Recebi(emos) a importância de R\$270,00 ,Duzentos e setenta re-
ais.....
referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação

16/10/2020

Quitado conforme documento anexo

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

RECURSO

BC.: 104 AG.: 1696 CT.: 624045-0/- C.E.FEDER CH.: DATA: 16 / 10 / 2020

Usuário: Sabrina Leal



UF: MG
 Município: PAINS
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

723

Folha: 1

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO
 Número da NAF: 005054 Data: 25/09/2020

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: 002456 / 2020

Data: 25/09/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001726 / 2020

Finalidade: 01.001 - COMPRAS/SERVIÇOS

Objeto: PRESTACAO DE SERVIÇOS

Fornecedor: 010755 - CLINICA MEDICA DR EYMARD ANTONIO GONTIJO LTDA ME

CNPJ 16.384.630/0001-47

I.E.:

Contato:

Endereço: RUA DR TEIXEIRA SOARES, 190

Complemento: SEDE

CEP: 35570-000 Bairro: CENTRO

Cidade: FORMIGA

UF: MG

Telefone: 37.3322.5557

Fax:

Email:

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	039283	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORAXICO	C Unidade	1,0000	220,0000	220,0000

Especificação:

Valor Total: 220,00 (Duzentos e vinte reais.)

REFERENTE A REALIZAÇÃO DE EXAME DE ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO COM SPECKLE TRANCKING PARA ATENDER O PACIENTE RAFAEL JUNIO GONÇALVES CARDOSO.CO/624.045.04

AMIR OTONI DE OLIVEIRA
 CHEFE DE GABINETE

IZOMERO 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/390

PAINS-MG
25/09/2020

Ao Departamento de Compras:

Venho através deste, solicitar contratação de empresa, para realização de exame de ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO COM SPECKLE TRACKING para atender o paciente RAFAEL JUNIO GONÇALVES CARDOSO

“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).”

Eliana Pereira Vigilato

CPF 811.937.078-00

Secretaria Municipal de Saúde

Pains, MG

ELIANA PEREIRA VIGILATO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PAINS-MG

Rua Manoel Lopes, nº 164 – Centro – CEP: 35582-000

Fone: (37) 3323-1222 – (37)3323-1111



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls1/2

Segunda 10:45

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL SAO JOAO DE DEUS

2 - CNES
21.59.252

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOMES DO PACIENTE
RAFAEL JUNIO GONCALVES CARDOSO

CPF
13986833617

4 - Nº DO PRONTUÁRIO
08561677

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAUDE (CNS)
165814709380000

6 - DATA DE NASCIMENTO
03/06/1996

7 - SEXO
MASCULINO

8 - RAÇA/COR
Branco

9 - NOME DA MÃE
MARIA DE LOURDES GONCALVES CARDOSO

10 - TELEFONE DE CONTATO
998353307

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO
SITIO PICA PAU nº 0

BAIRRO
AREA RURAL

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
PAINS

15 - CÓD IBGE MUNICÍPIO
314650

16 - UF
MG

17 - CEP
35582000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓD DO PROC. PRINCIPAL
0205010032

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA

20 - QTDE
01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓD DO PROC. SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓD DO PROC. SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓD DO PROC. SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓD DO PROC. SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓD DO PROC. SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO
DOENÇA DE HODGKIN, ESCLEROSE NODULAR

37 - CID 10 PRINCIPAL
C811

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

CID MORFOLÓGICO
M96633

40 - OBSERVAÇÕES
URGENTE - Paciente evoluindo com recidiva de Linfoma de Hodgkin, confirmado por PET CT feito em Setembro de 2020, associado a sintomas B e cansaço. Necessita realizar ECOCARDIOGRAMA COM SPECKLE TRACKING antes de reiniciar quimioterapia

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
MARCONI MARTINS DUTRA

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO
23/09/2020

45 - ASSINATURA E CARIMBO
(Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Marconi Martins Dutra
CRM MG 61496
RQE Nº 48102 CLÍNICA MÉDICA
RQE Nº 48102 CLÍNICA MÉDICA
CONTROLE 2153430

43 - DOCUMENTO
 CNS CPF

44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
09005953616

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - ASSINATURA E CARIMBO
(Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

48 - DOCUMENTO
 CNS CPF

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE EXECUTANTE
HOSPITAL SAO JOAO DE DEUS

54 - CNES
21.59.252



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls 2/2

1 - ONCOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO

56 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO
Medula óssea

57 - CID 10 TOPOGRAFIA
C81.1

58 - LINFONODOS REGIONAIS INVADIDOS
 SIM NÃO NÃO AVALIÁVEIS

59 - LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE(S)
-

60 - ESTÁDIO (UICC)
-

61 - ESTÁDIO (OUTRO SISTEMA)
IVB Avançado Desfavorável

62 - GRAU HISTOPATOLÓGICO
-

63 - DIAGNÓSTICO CITO/HISTOPATOLÓGICO
Linfoma de Hodgkin Esclerose Nodular

64 - DATA
04/2019

1.1 - QUIMIOTERAPIA

65 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)
 SIM NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	66 - Descrição	67 - Data de início
1º	6 ciclos de ICE - término em 08/2019	01/08/2019
2º		
3º		

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

68 - CONTINUIDADE DE TRATAMENTO
 SIM NÃO

69 - DATA DE INÍCIO DO
TRATAMENTO SOLICITADO

70 - ESQUEMA
(Sigla ou abreviamento)
ABVD

71 - Nº TOTAL DE MESES
PLANEJADOS
6

72 - Nº TOTAL DE MESES
AUTORIZADOS

1.2 - RADIOTERAPIA

73 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)
 SIM NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	74 - Descrição	75 - Data de início
1º		
2º		
3º		

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

76 - CONTINUIDADE DE TRATAMENTO
 SIM NÃO

77 - DATA DE INÍCIO DO
TRATAMENTO SOLICITADO

78 - FINALIDADE
 RADICAL ADJUVANTE ANTIÁLGICA
 PALIATIVA PRÉVIA ANTIHEMORRÁGICA

ÁREA IRRADIADA

A

79 - CID TOPOGRÁFICO	80 - DESCRIÇÃO	81 - Nº CAMPO/INCERÇÕES	82 - DATA DE INÍCIO	83 - DATA DE TÉRMINO
	1			
	2			
	3			

NEFROLOGIA

84 - PRIMEIRO ATENDIMENTO

DATA DA 1ª DIÁLISE REALIZADA

Altura ICM (KG/M²) m ACESSO VASCULAR Sim Não
 Peso Kg aa HIV Positivo Negativo
 Diurese ml aa HCV Positivo Negativo
 Glicose mg/dl HBS Ag Positivo Negativo
 Albumina %
 Hb g% Ultrassonografia abdominal Sim Não

85 - SEGUIMENTO

TRU Inscrito na lista da CNCDO Sim Não
 Hb g%
 Albumina g% aa HIV Positivo Negativo
 Intervenção de fistula aa HCV Positivo Negativo
 HBS Ag Positivo Negativo

SOLICITAÇÃO

86 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO PROFISSIONAL SOLICITANTE)

AUTORIZAÇÃO

86 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

Dr. Marcelo Martins Dutra
CRM nº 61490
RQE Nº 48102 CLÍNICA MÉDICA
RQE Nº 48103 HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
CONTROLE 7493410



UF: MG
 Município: PAINS
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - PARCIAL
 Número da NAF: 005054 / 0001

Emitida por Amanda

Data: 07/10/2020

Empenho: 007213 de 25/09/2020

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: 002456 / 2020

Data: 25/09/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001726 / 2020

Finalidade: 01.001 - COMPRAS/SERVIÇOS

Objeto: PRESTACAO DE SERVIÇOS

Fornecedor: 010755 - CLINICA MEDICA DR EYMARD ANTONIO GONTIJO LTDA ME

CNPJ 16.384.630/0001-47

I.E.:

Contato:

Endereço: RUA DR TEIXEIRA SOARES, 190

Complemento: SEDE

CEP: 35570-000 Bairro: CENTRO

Cidade: FORMIGA

UF: MG

Telefone: 37.3322.5557

Fax:

Email:

Ficha: 00498

Órgão: 02

Unidade: 02.05

Sub-Unidade: 02.05.02

Funcional Programatica: 10.301.0009.2147

Elemento da Despesa: 3.3.90.39.00

Desdobramento: 99

Fonte de Recurso: 1.54

Sub Fonte: 00

PODER EXECUTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE-RECURSOS SUS

MANUT.BLOCO CUSTEIO ACOES SERV.PUB.SAUDE

Outros Serv. Terceiros - Pessoa Jurídica

Outros Serv. Terceiros -Pessoa Jurídica

Outras Transferências de Recursos do SUS

Outras Transferências de Recursos do SUS

Item	Código	Descrição do Material / Serviço	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
00001	039283	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORAXICO	C Unidade	1,2272	220,0000	270,0000

Especificação:

Valor Total: 270,00 (Duzentos e setenta 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

NAF 5054



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)
05/10/2020 19:39

Período de Competência
10/2020

Município de Prestação do Serviço
Formiga - MG

Reg. Especial Tributação
Nenhum

Natureza da Operação
Tributação no município de Formiga

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

CLINICA MEDICA DR. EYMARDO ANTONIO GONTIJO LTDA

CPF/CNPJ

16.384.630/0001-47

Inscrição Municipal

9009787

Fone/Fax

(37)3322-1688

Simple Nacional

Não

Incentivador Cultural

Não

E-mail

jfff19@yahoo.com.br

Endereço

RUA DR. TEIXEIRA SOARES, 190 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

Fone/Fax

(37)3323-1111

E-mail

tfdpains@hotmail.com

Endereço

PRAÇA TONICO RABELO, 164 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

Ecodopplercardiograma Transtorácico com Speckle Tracking realizado no paciente Rafael Junio Gonçalves Cardoso, CPF: 139.868.336-17

valor aproximado dos tributos: 13,33%

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

VALORES

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
270,00	0,00	0,00	270,00	2,00
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
5,40	0,00	0,00	270,00	270,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

TRIB. APROX.: R\$36,32 FEDERAL E R\$06,94 MUNICIPAL. FONTE: IBPT 02C353.

Eliana Pereira Vigilato
CPF 831.837.076-00
Secretaria 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:	212/40757-7
Tipo de Conta:	01
Tipo de Pessoa:	Jurídica
Nome:	CLINICA MEDICA DR EYMARD ANTONIO GONTIJO
CPF/CNPJ:	16.384.630/0001-47
Valor:	R\$ 270,00
Valor da Tarifa:	R\$ 10,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO FORNECEDOR

Data de Débito:	16/10/2020
Data da Operação:	16/10/2020 - 08:47:13
Código da Operação:	24704947

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:	0212/40757-7
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
Nome:	CLINICA MEDICA DR EYMARD ANTONIO GONTIJO
CPF/CNPJ	16.384.630/0001-47
Valor:	R\$270,00
Valor da Tarifa:	R\$10,00
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO FORNECEDOR

Data de Débito:	16/10/2020
Data da Operação:	16/10/2020
Código da Operação:	00129533
Chave de Segurança:	1L8J49H6JPE9VZ56

CPFs Autorizadores:
444.969.316-72
437.766.716-53

Operação realizada com sucesso.

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