

PREFEITURA MUNICIPAL PAINS-MG

NOTA DE EMPENHO

Nº= 7281/2020-001

NAF: 2020 / 005115

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: 30/09/2020 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...: CLINICA MEDICA DR EYMAR D ANTONIO GONTIJO LTDA ME Número: 10755
Endereço.: RUA DR TEIXEIRA SOARES Nº: 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\$220,00
Duzentos e vinte reais.....

Hist.: REFERENTE A REALIZACAO DE EXAME DE HOLTER 24 HORAS PARA ATENDER O
PACINETE NIVALDO SILVA COSTA C/C 624.045-0

Licitação.: Dispensa Art. 24 2020/1751 Processo Nº.: 2020/2480

Data: 30/09/2020 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 ...:4.540,00 : VALOR LIQUIDADADO :220,00
VALOR EMPENHADO ...:220,00 : DESCONTO:0,00
SALDO ATUAL:4.320,00 : VALOR LIQUIDO ...:220,00
TOTAL EMPENHADO ..:220,00 : SALDO A LIQUIDAR :0,00
VALOR A LIQUIDAR :220,00

Data: 30/09/2020 Contador(a)/Contabilista: Vilmar Ozanam Borges
VILMAR OZANAM BORGES
CRC: MG 49617 / CONTABILISTA

A liquidação Nº 001, no valor R\$220,00, 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 Nº: 167 Série: U
Data: 20/10/2020 Assinatura: Izomero Jose Machado Junior
Data p/ Pagto: 29/10/2020 IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR
CPF: 861.845.406-16 / CONTROLE INTERNO

Face a liquidação acima autorizo o pagamento desta importância ao favorecido.
Data: 20/10/2020 Ord. Pagto: Eliana Pereira Vigilato
ELIANA PEREIRA VIGILATO
CPF: 831.937.076-00 / SECRETARIO DE SAUDE

Recebi(emos) a importância de R\$220,00 ,Duzentos e vinte re-
ais.....
referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação.

Quitado conforme documento anexo.

06 11/ 2020 Data Identidade/CPF/CGC Assinatura do Credor ou seu Procurador

BC.: 104 AG.: 1696 CT.: 624045-0 RECURSO C.E.FEDER CH.: DATA: 06/11 / 2020
Usuário: Sabrina Leal



UF: MG
 Município: PAINS
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

7281

Folha: 1

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO
 Número da NAF: 005115 Data: 30/09/2020

Emitida por cidinha

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: 002480 / 2020

Data: 30/09/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001751 / 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 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	220,0000	220,0000

Especificação:

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

REFERENTE A REALIZACAO DE EXAME DE HOLTER 24 HORAS PARA ATENDER O PACINETE NIVALDO SILVA COSTA C/C 624.045-0

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

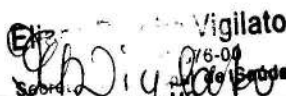
MEMORANDO/SMS/TFD/PAINS/396

PAINS-MG
30/09/2020

Ao Departamento de Compras:

Venho através deste, solicitar contratação de empresa, para realização de exame de HOLTTER 24 HORAS para atender o paciente NIVALDO SILVA COSTA.

“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).”


Vigilato
7/8-00
Sec. 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

SOLICITAÇÃO DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO

Nome do cidadão NIVALDO SILVA COSTA				
CNS 705000207732952	Sexo MASCULINO	Idade 54 ANOS E 9 MESES E 23 DIAS	Data de nascimento 23/11/1965	Telefone (37) 99948-0469
Nome da mãe MARIA APARECIDA SILVA DA SILVA				
Endereço				Código do município
Unidade de saúde solicitante POSTO MUNICIPAL DE SAUDE PAINS			CNES 2142546	
Profissional solicitante HERNAN PATRICIO ESPIN MORENO			CNS 206639033210009	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1. ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - 0205010032

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CID10 HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA) - I10 (CID10)	Observações Não informado
Justificativa do procedimento AVALIAÇÃO POR SINCOPE	

Dr. Hernan Patricio E. Moreno
CRM MG 20499
CONTROLE 1676024

HERNAN PATRICIO ESPIN MORENO - CRM - MG 20499
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Pains - MG, 15 de setembro de 2020

05/10
08:00 heter

06/10 09:45

220,00



UF: MG
 Município: PAINS
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - PARCIAL
Número da NAF: 005115 / 0001

Data: 20/10/2020

Emitida por cdiinha

Empenho: 007281 de 30/09/2020

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: **002480 / 2020**

Data: 30/09/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001751 / 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: 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	1,0000	220,0000	220,0000

Especificação:

Valor Total: 220,00 (Duzentos e vinte 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

5115



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília) **20/10/2020 14:32** 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. EYMARD ANTONIO GONTIJO LTDA**
 Inscrição Municipal **9009787** Fone/Fax **(37)3322-1688** Simples Nacional **Não** Incentivador Cultural **Não**
 Endereço **RUA DR. TEIXEIRA SOARES, 190 Bairro Centro CEP 35570-000 Formiga - MG**

CPF/CNPJ **16.384.630/0001-47**
 E-mail **jfff19@yahoo.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social **PREFEITURA MUNICIPAL DE PAINS**
 Inscrição Municipal **(37)3323-1111** E-mail **tfdpains@hotmail.com**
 Endereço **PRAÇA TONICO RABELO, 164 Bairro Centro CEP 35582-000 Pains - MG**

CPF/CNPJ **20.920.575/0001-30**

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

HOLTER DIGITAL 24 HS REALIZADO NO PACIENTE: NIVALDO DA COSTA SILVA CPF: 437.766.556-15

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 (%)
220,00	0,00	0,00	220,00	2,00
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
4,40	0,00	0,00	220,00	220,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

TRIB. APROX.: R\$29,59 FEDERAL E R\$05,65 MUNICIPAL. FONTE: IBPT 02C353.

Eliana Pereira Vigilato
 CPF 837.937.078-00
 Secretária 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\$ 660,00
Valor da Tarifa:	R\$ 10,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO FORNECEDOR

Data de Débito:	06/11/2020
Data da Operação:	06/11/2020 - 10:02:53
Código da Operação:	47640150

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

:: Comprovantes

CAIXA

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\$660,00
Valor da Tarifa:	R\$10,00
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO FORNECEDOR

Data de Débito:	06/11/2020
Data da Operação:	06/11/2020
Código da Operação:	00185125
Chave de Segurança:	8598XTS0HSWSCHXP

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.