

PREFEITURA MUNICIPAL PAINS-MG

NOTA DE EMPENHO N°= 7434/2020-001 NAF: 2020 / 005217

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: 02/10/2020 Ficha: 000498

Table with 2 columns: Description (Órgão, Unidade, SubUnidade, etc.) and Value/Code (02, 02.05, etc.).

Credor...: SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA Número: 4737
Endereço...: RUA DR TEIXEIRA SOARES N°: 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\$ .....680,00
Seiscentos e oitenta reais.....

Hist.: REFERENTE A REALIZACAO DE EXAME DE DUPLEX VENOSO DE MMI PARA ATENDER A
PACIENTE ELZA ALVES DOS SANTOS C/C 624.045-0

Licitação.: Dispensa Art. 24 2020/1785 Processo N°.: 2020/2514

Data: 02/10/2020 Ordenador da Despesa: ELIANA PEREIRA VIGILATO
CPF: 831.937.076-00 / SECRETARIO DE SAUDE

Table showing financial summary: SALDO ANTERIOR, VALOR EMPENHADO, SALDO ATUAL, TOTAL EMPENHADO, VALOR A LIQUIDAR, VALOR LIQUIDADO, DESCONTO, VALOR LIQUIDO, SALDO A LIQUIDAR.

Data: 02/10/2020 Contador(a)/Contabilista: VILMAR OZANAM BORGES
CRC: MG 49617 / CONTABILISTA

A liquidação N° 001, no valor R\$ .....680,00, 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 N°: 4932 Série: U
Data: 02/10/2020 Assinatura: IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR
Data p/ Pagto: 15/10/2020 CPF: 061.645.406-66 / CONTROLE INTERNO

Face a liquidação acima autorizo o pagamento desta importância ao favorecido.
Data: 02/10/2020 Ord. Pagto: ELIANA PEREIRA VIGILATO
CPF: 831.937.076-00 / SECRETARIO DE SAUDE

Recebi(emos) a importância de R\$ .....680,00 ,Seiscentos e oitenta reais.....
referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação

Quitação conforme documento anexo.

20/10/2020
Data Identidade/CPF/CGC Assinatura do Credor ou seu Procurador

RECURSO

BC.: 104 AG.: 1696 CT.: 624045-0 - C.E.FEDER CH.: DATA: 20/10/2020



UF: MG  
 Município: PAINS  
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

**NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - PARCIAL**  
**Número da NAF: 005217 / 0001**

Emitida por cidinha

Data: 02/10/2020

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: 002514 / 2020

Data: 02/10/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001785 / 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: 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	680,0000	680,0000
<b>Valor Total:</b>		<b>680,00 (Seiscentos e oitenta reais.)</b>				

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) **02/10/2020 14:12** Período de Competência **10/2020** 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 **scfcontaspagar@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

ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER BILATERAL  
 PAC: ELZA ALVES DOS SANTOS  
 PRONT: 218713/15

### 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\$)	Aliquota (%)
680,00	0,00	0,00	680,00	0,00
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
0,00	0,00	0,00	680,00	680,00

### OUTRAS INFORMAÇÕES

TRIB. APROX.: R\$91,46 FEDERAL E R\$17,48 MUNICIPAL. FONTE: IBPT 02C353.

**Eliana Pereira Vigilato**  
 CPF 831.837.076-00  
 Secretária Municipal de Saúde  
 Pains - MG



UF: MG  
 Município: PAINS  
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

7934

Folha: 1

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO  
 Número da NAF: 005217 Data: 02/10/2020

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: Tel / Fax: 3733231285  
 compras@pains.mg.gov.br

Número Processo: 002514 / 2020  
 Data: 02/10/2020  
 Modalidade: Dispensa Art. 24 Sequencial: 001785 / 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	680,0000	680,0000

Especificação:

Valor Total: 680,00 (Seiscentos e oitenta reais)

REFERENTE A REALIZACAO DE EXAME DE DUPLEX VENOSO DE MM PARA ATENDER A PACIENTE ELZA ALVES DOS SANTOS  
 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](mailto:sms@hotmail.com), [tfdpains@hotmail.com](mailto:tfdpains@hotmail.com)

Fone: (37)3323/1111

---

**MEMORANDO/SMS/TFD/PAINS/416**

---

PAINS-MG  
02/10/2020

Ao Departamento de Compras:

Venho através deste, solicitar contratação de empresa, para realização de exame de DUPLEX VENOSO VENOSO DE MMII para atender o paciente ELZA ALVES DOS SANTOS

“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: 831.957.876-00  
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

- Outlook
- Nova mensagem
- Favoritos
  - Caixa de Entra... 246
  - Itens Excluídos 8
  - Itens Enviados 2
  - Adicionar aos favorit...
- Pastas
  - Caixa de Entrada 246
  - Lixo Eletrônico 18
  - Rascunhos 343
  - Itens Enviados 2
  - Itens Excluídos 8
  - Arquivo Morto
  - Anotações
  - Histórico de Conver...
  - PLANILHA
  - Unwanted
  - Nova pasta
- Grupos
  - Novo grupo

Pesquisar

Responder Excluir Arquivar Lixo Eletrônico

**agendamento**

IC Instituto Cardiovascular/Endovascular <institutocardiovascularmg@gmail.com>  
 Sex, 02/10/2020 15:32  
 Para: Você

Boa tarde ! não conseguimos agendar duplex scan de membros inferiores com urgência, estamos marcado a partir do dia 21/10/2020  
 Exames devem ser agendados com antecedencia

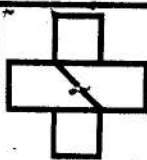
Att, Márcia

Responder Encaminhar

Reunir agora







**SUS** SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAINS

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

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

RUA PADRE JOSÉ VENÂNCIO, 770 - CENTRO - PABX: (37) 3323-1222 - FAX: (37) 3323-126  
CEP 35582-000 PAINS MINAS GERAIS

## TÍTULA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Encaminhamento para consultas e exames especializados

### 1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Elza Alves dos Santos TELEFONE: 99688018  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ UNIDADE BÁSICA: \_\_\_\_\_ DATA NASC.: \_\_\_\_\_

### 2 - REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA:

Após exames venoso de HMI Bilateral

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

exame cloro e uréia  
acurvas em 2 membros afastar TVP

EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS:

ex. cloro

CID: Após exames  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
RUA PADRE JOSÉ VENÂNCIO, 770 - CENTRO - PAINS - MG  
CEP 35582-000

28 / 9 / 20

DATA

Dr. Hernan Patricio E. Moreno  
CRM MG 20499  
CONTROLE 1276024

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

### 3 - CONTRA-REFERÊNCIA:

LAUDO MÉDICO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS (Realizados/Solicitados): \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_ COD SSM: \_\_\_\_\_

DATA

ASSINATURA MÉDICA



**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>	Juridica
<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>	Juridica
<b>Nome:</b>	SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA
<b>CPF/CNPJ:</b>	20.499.893/0001-79
<b>Valor:</b>	R\$ 680,00
<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>	20/10/2020
<b>Data da Operação:</b>	20/10/2020 - 08:44:54
<b>Código da Operação:</b>	77992871

<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**



IMPRIMIR FECHAR

:: Comprovantes

# CAIXA

## 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\$680,00
<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>	20/10/2020
<b>Data da Operação:</b>	20/10/2020
<b>Código da Operação:</b>	00130887
<b>Chave de Segurança:</b>	7PKNVAE81P5LTEAE

<b>CPFs Autorizadores:</b>
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.