

PREFEITURA MUNICIPAL PAINS-MG

NOTA DE EMPENHO N°= 7536/2020-001 NAF: 2020 / 005315

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...: 3.3.90.39.36 - Serviço Médico-hospitalar, Odont.Laborat.
Fonte de Recurso.....: 1.61.00 - Aux.Fin.Covid19 Apl.Saúde/Assist.Social

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\$ .....120,00
Cento e vinte reais.....

Hist.: REFRENTE A REALIZACAO DE ULTRASSOM DAS VIAS URINARIAS( ABDOME TOTAL)
PARA ATENDER A PACIENTE STHER BEATRIZ ISALINO DE SOUSA C/C 43046-7

Licitação.: Dispensa Art. 24 2020/1835 Processo N°.: 2020/2563

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

Table with 2 columns: Description and Value. Rows include SALDO ANTERIOR, VALOR EMPENHADO, SALDO ATUAL, TOTAL EMPENHADO, VALOR A LIQUIDAR and their corresponding values.

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

A liquidação N° 001, no valor R\$ .....120,00, 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°: 4997 / Série: U
Data: 07/10/2020 Assinatura: Izomero Jose Machado Junior
IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR
CPF: 061.645.406-98 / 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\$ .....120,00, Cento e vinte reais..... referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação.
Quitado conforme documento anexo.

26 / 10 / 2020
Data Identidade/CPF/CGC Assinatura do Credor ou seu Procurador

BC.: 001 AG.: 2381 CT.: 73046-7 - RECURSO B.BRASIL - CH.: DATA: 26/10 / 2020
Usuário: Sabrina Leal



UF: MG  
Município: PAINS  
Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

Folha: 1

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - PARCIAL  
Número da NAF: 005315 / 0001

Emitida por cidinha

Data: 07/10/2020

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: 002563 / 2020

Data: 07/10/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001835 / 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: 1.61

Aux.Fin.Covid19 Apl.Saúde/Assist.Social

Sub Fonte: 00

Aux.Fin.Covid19 Apl.Saúde/Assist.Social

Item	Código	Descrição do Material / Serviço	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
00001	037594	ULTRASSOM ABDOME TOTAL	C Unidade	1,0000	120,0000	120,0000

Especificação:

Valor Total: 120,00 (Cento e vinte reais.)

AMIR OTONI DE OLIVEIRA  
CHEFE DE GABINETE

IZOMERO JOSE MACEDO JUNIOR  
CONTROLE INTERNO

MARINA MURARI RABELO  
SETOR DE COMPRAS



UF: MG  
 Município: PAINS  
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

7536

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO

Número da NAF: 005315

Data: 07/10/2020

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:  
 compras@pains.mg.gov.br

Tel / Fax: 3733231285

Número Processo: 002563 / 2020

Data: 07/10/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001835 / 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: 1.61

Aux.Fin.Covid19 Apl.Saúde/Assist.Social

Sub Fonte: 00

Aux.Fin.Covid19 Apl.Saúde/Assist.Social

NÚMERO DO EMPENHO:

Item	Código	Descrição do Material / Serviço	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
00001	037594	ULTRASSOM ABDOME TOTAL	C Unidade	1,0000	120,0000	120,0000

Especificação:

Valor Total: 120,00 (Cento e vinte reais.)

REFRENTE A REALIZACAO DE ULTRASSOM DAS VIAS URINARIAS( ABDOME TOTAL) PARA ATENDER A PACIENTE STHER BEATRIZ ISALINO DE SOUSA C/C 43046-7

AMIR OTONI DE OLIVEIRA  
 CHEFE DE GABINETE

IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR  
 CONTROLADOR INTERNO

MARINA MURARI RABELO  
 SETOR DE COMPRAS



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PAINS

## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Stênio B. I. Soares

DATA: 24-09-20

*exfeita*

Solicitado:

U.S. de Mães Atualizada.

- Pruriginosa 35-36 Sem  
e quadro de dor em col-  
ca no flanco D - 81°C  
+ semi cel leucócitos + 81°C

X *Stênio Soares*  
*Leandro de Souza*

Dr. Wilson José Rodrigues  
Ginecologia - Obstetrícia - Pains / MG  
CRM/MG 11543  
CONTR. 9330655



**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/477**

---

PAINS-MG  
07/10/2020 /

Ao Departamento de Compras:

Venho através deste, solicitar contratação de empresa para realização de exame de ULTRASSOM DE RINS E VIAS URINARIAS para atender A paciente SHER BEATRIZ IZALINO DE SOUZA.

“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).”

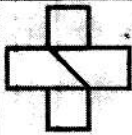
Eliana Pereira Vigilato

CPF nº 49.077.077/0001-07  
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



SUS

SISTEMA  
UNICO DE  
SAUDE

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAINS

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

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

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

CEP 35582-000

PAINS

MINAS GERAIS

## FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

### Encaminhamento para consultas e exames especializados

#### 1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME:

*Stelher Beatriz Esalmas*

TELEFONE:

RESPONSÁVEL:

RG:

CPF:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

PRONTUÁRIO:

UNIDADE BÁSICA:

DATA NASC.:

#### 2 - REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA:

*ultrassom de útero e das mamas*

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

*gestante de 36 semanas, com dor intensa*

CID:

EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS:

*06, 10, 2020*

DATA

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

#### 3 - CONTRA-REFERÊNCIA:

LAUDO MÉDICO:

PROCEDIMENTOS (Realizados/Solicitados):

EXAMES REALIZADOS:

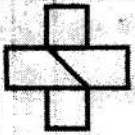
CID:

COD SSM:

DATA

ASSINATURA MÉDICA





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 de Saúde; Gerando Qualidade de Vida"

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

CEP 35582-000

PAINS

MINAS GERAIS

## FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

### Encaminhamento para consultas e exames especializados

#### 1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Stelher Beatriz Esalmeira TELEFONE: \_\_\_\_\_  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
 PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ UNIDADE BÁSICA: \_\_\_\_\_ DATA NASC.: \_\_\_\_\_

#### 2 - REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA:

ultrassom de útero e das mamas  
 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: (o solicitante deve fornecer dados que caracterizam a necessidade do exame e sua urgência ou não)  
gestante de 36 semanas, com dor intensa  
 CID: \_\_\_\_\_

#### EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS:

\_\_\_\_\_

06, 10, 2020 DATA

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

#### 3 - CONTRA-REFERÊNCIA:

LAUDO MÉDICO: \_\_\_\_\_

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

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

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

DATA ASSINATURA MÉDICA



**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) **07/10/2020 08:03** 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 **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, ambulatorios e congêneres.

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMO IMAGENS

FATURA 141320

### 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 (%)
5.994,16	0,00	0,00	5.994,16	0,00
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
0,00	0,00	0,00	5.994,16	5.994,16

### OUTRAS INFORMAÇÕES

TRIB. APROX.: R\$806,21 FEDERAL E R\$154,05 MUNICIPAL. FONTE: IBPT 02C353.

Elisângela Pereira Miquelato  
 Secretária Municipal de Saúde  
 Pains - MG  
 07/10/20