

PREFEITURA MUNICIPAL PAINS-MG

NOTA DE EMPENHO

Nº= 7578/2020-001

NAF: 2020 / 005354

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: 09/10/2020 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.....:	1.54.00	-	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\$586,00
Quinhentos e oitenta e seis reais.....

Hist.: REFERENTE A REALIZACAO DE EXAME DE ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX PARA ATENDER A PACIENTE IRENE MARIA DE MELO C/C 624.045-0

Licitação.: Dispensa Art. 24 2020/1848 Processo Nº.: 2020/2576

Data: 09/10/2020 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 ...:	2.136,00	:	VALOR LIQUIDADADO ..:	586,00
VALOR EMPENHADO ...:	586,00	:	DESCONTO ..:	0,00
SALDO ATUAL ..:	1.550,00	:	VALOR LIQUIDO ...:	586,00
TOTAL EMPENHADO ..:	586,00	:	SALDO A LIQUIDAR ..:	0,00
VALOR A LIQUIDAR ..:	586,00	:		

Data: 09/10/2020 Contador(a)/Contabilista: VILMAR OZANAM BORGES
 CRC: MG 49617 / CONTABILISTA

A liquidação Nº 001, no valor R\$586,00, 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: 5068 / Série: U
 Data: 10/10/2020 Assinatura: IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR
 Data p/ Pagto: 20/10/2020 CPF: 861.845.406-86 / CONTROLE INTERNO

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

Recebi(emos) a importância de R\$586,00, Quinhentos e oitenta e seis reais..... referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação.

22 / 10 / 2020

Quitado conforme documento anexo.

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

BC.: 104 AG.: 1696 CT.: 624045-0 / RECURSO - C.E.FEDER CH.: DATA: 22 / 10 / 2020
 Usuário: Sabrina Leal



UF: MG
 Município: PAINS
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

7578

Folha: 1

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO

Número da NAF: 005354

Data: 09/10/2020

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: 002576 / 2020

Data: 09/10/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001848 / 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

NÚMERO DO EMPENHO:

Item	Código	Descrição do Material / Serviço	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
00001	000168	EXAME	C Unidade	1,0000	586,0000	586,0000

Especificação:

Valor Total: 586,00 (Quinhentos e oitenta e seis reais.)

REFERENTE A REALIZACAO DE EXAME DE ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX PARA ATENDER A PACIENTE IRENE MARIA DE MELO C/C 624.045-0

AMIR OTONI DE OLIVEIRA
 CHEFE DE GABINETE

IZOMERO JOSE RACHADO 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

Fone: (37)3323/1111

MEMORANDO/SMS/TFD/PAINS/479

PAINS-MG
09/10/2020

Ao Departamento de Compras;

Venho através deste, solicitar contratação de empresa para realização de exame de ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX para atender a paciente IRENE MARIA DE MELO.

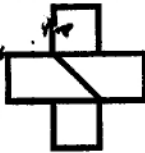
“Todo cidadão tem direito às ações e serviços necessários para a programação, a proteção e recuperação de sua saúde, incluindo a realização de consulta médica e exames nas unidades do SUS (Artigo 196 e 198, II da Constituição Federal, 5º, III e 7º. Da Lei 8.080/90).”

Atenciosamente,

Eliana Pereira Vigilato
CPF 821.857.878-00
Secretaria Municipal de Saúde
Pains - MG

Eliana Pereira Vigilato
Secretaria de Saúde
Pains-MG

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



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) 3323-1261

CEP 35582-000

PAINS

MINAS GERAIS

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Encaminhamento para consultas e exames especializados

1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Gene Phavira de Melo TELEFONE: _____

RESPONSÁVEL: _____ RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

PRONTUÁRIO: _____ UNIDADE BÁSICA: _____ DATA NASC.: _____

2 - REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA:

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

TEP

Angio Tomografia Total

URGENTE

CID: _____

EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS: _____

08, 10, 2020

DATA



ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

3 - CONTRA-REFERÊNCIA:

LAUDO MÉDICO: _____

PROCEDIMENTOS (Realizados/Solicitados): _____

EXAMES REALIZADOS: _____

CID: _____ COD SSM: _____

DATA

ASSINATURA MÉDICA



UF: MG
 Município: PAINS
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - PARCIAL
 Número da NAF: 005354 / 0001

Emitida por cédula

Data: 10/10/2020

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: 002576 / 2020

Data: 09/10/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001848 / 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 Programática: 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	586,0000	586,0000

Especificação:

Valor Total: 586,00 (Quinhentos e oitenta e seis 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



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília) **10/10/2020 13:15** 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 **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

TOMOGRÁFIA
 PRONT: 52320/5
 PACIENTE: IRENE MARIA DE MELO

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 (%)
586,00	0,00	0,00	586,00	0,00
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
0,00	0,00	0,00	586,00	586,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

TRIB. APROX.: R\$78,82 FEDERAL E R\$15,06 MUNICIPAL. FONTE: IBPT 02C353.

Elana Pereira Vigilato
 CPF 031.307.078-00
 Secretária Municipal de Fazenda
 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:	212/3121-6
Tipo de Conta:	01
Tipo de Pessoa:	Jurídica
Nome:	SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA
CPF/CNPJ:	20.499.893/0001-79
Valor:	R\$ 586,00
Valor da Tarifa:	R\$ 10,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO FORNECEDOR

Data de Débito:	22/10/2020
Data da Operação:	22/10/2020 - 15:58:29
Código da Operação:	10668570

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
----------	--------

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:	0212/3121-6
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
Nome:	SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA
CPF/CNPJ	20.499.893/0001-79
Valor:	R\$586,00
Valor da Tarifa:	R\$10,00
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO FORNECEDOR

Data de Débito:	22/10/2020
Data da Operação:	22/10/2020
Código da Operação:	00192037
Chave de Segurança:	GSPJNMU11KKJ3ANP

CPFs Autorizadores:
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.