

PREFEITURA MUNICIPAL PAINS-MG

NOTA DE EMPENHO

Nº= 7622/2020-001

NAF: 2020 / 005390

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: 15/10/2020 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...: 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\$ .....630,00
Seiscentos e trinta reais.....

Hist.: REFERENTE A REALIZAÇÃO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE ABDOMEM TOTAL PARA ATENDER A PACIENTE DEBORA GONÇALVES DA SILVA. CC/624.045.0

Licitação.: 2019/13 Processo Nº.: 2019/189
Data: 15/10/2020 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 ...: 5.711,25 : VALOR LIQUIDADADO ..: 449,00
VALOR EMPENHADO ..: 630,00 : DESCONTO .....: 0,00
SALDO ATUAL .....: 5.081,25 : VALOR LIQUIDO ...: 449,00
TOTAL EMPENHADO ..: 630,00 : SALDO A LIQUIDAR : 181,00
VALOR A LIQUIDAR : 630,00

Data: 15/10/2020 Contador(a)/Contabilista: VILMAR OZANAM BORGES
CRC: MG 49617 / CONTABILISTA

A liquidação Nº 001, no valor R\$ .....449,00, 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: 5583 / Série: U
Data: 10/11/2020 Assinatura: IZOMERO JOSE MARRADO JUNIOR
Data p/ Pagto: 30/11/2020 CPF: 061.645.406-66 / CONTROLE INTERNO

Face a liquidação acima autorizo o pagamento desta importância ao favorecido.
Data: 10/11/2020 Ord. Pagto: ELIANA PEREIRA VIGILATO
CPF: 831.937.076-00 / SECRETARIO DE SAUDE

Recebi(emos) a importância de R\$ .....449,00, Quatrocentos e quarenta e nove reais..... referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação.

24 / 11 / 2020 Quitado conforme documento anexo.
Data Identidade/CPF/CGC Assinatura do Credor ou seu Procurador

BC.: 104 AG.: 1696 CT.: 624045-0 RECURSO
Usário: Paulo Vitor C.E.FEDER CH.: DATA: 24 / 11 / 2020



UF: MG  
 Município: PAINS  
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

7622

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO

Emitida por Amanda

Número da NAF: 005390

Data: 15/10/2020

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: 000189 / 2019

Cotação de

Data: 21/09/2019 Modalidade: Inexigibilidade

Sequencial: 0013 / 2019

Data Entrega: Data Abertura:

Abertura Propostas:

Tipo Apuração: Menor Preço - Item

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

Nr. 335

Compl.: 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: 99

Outros Serv. Terceiros -Pessoa Jurídica

Fonte de Recurso: 1.54 - 3:02

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
00077	026082	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	Unidade	1,0000	630,0000	630,0000

Especificação:

Valor Total: 630,00 (Seiscentos e trinta reais.)

REFERENTE A REALIZAÇÃO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE ABDOMEM TOTAL PARA ATENDER A PACIENTE DEBORA GONÇALVES DA SILVA. CC1624.045.0

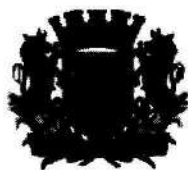
66915

AMIR OTONI DE OLIVEIRA  
 CHEFE DE GABINETE

IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR  
 CONTROLE INTERNO

MARINA MURARI RABELO  
 SETOR DE COMPRAS

Handwritten signature



**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/478**

---



PAINS-MG

13/10/2020

Ao Departamento de Compras:

Venho através deste, solicitar contratação de empresa para realização de exame de TOMOGRAFIA DE ABDOMEM TOTAL para atender A paciente DÉBORA GONÇALVES DA SILVA

“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).”

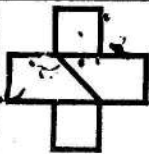
  


---

**LUIS AUGUSTO DA SILVA**  
**DIRETOR ADMINISTRATIVO HOSPITALAR**  
**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 PAINES

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) 3323-1266

CEP 35582-000

PAINES

MINAS GERAIS

## FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

### Encaminhamento para consultas e exames especializados

#### 1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME:

*Deborah Gonçalves da Silva*

TELEFONE:

RESPONSÁVEL:

CPF:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

PRONTUÁRIO:

UNIDADE BÁSICA:

DATA NASC.:

#### 2 - REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA:

*TC de abdome total*

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

*Paciente portadora de hipertensão. Exame para programa Cirúrgico*

CID:

EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS

*Eliana Pereira Vigilato*  
CPF: 031.007.072-00  
Secretaria Municipal de Saúde  
Painés - MG

*13 / 16 / 88*

DATA

*Luiz Felipe de Moura Lima*  
MÉDICO  
CRM: 79053  
Rég. Estadual nº 5211017

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

#### 3 - CONTRA-REFERÊNCIA:

LAUDO MÉDICO:

PROCEDIMENTOS (Realizados/Solicitados):

EXAMES REALIZADOS:

CID:

COD. BSM:

DATA

ASSINATURA MÉDICA



UF: MG  
 Município: PAINS  
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

**NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - PARCIAL**  
**Número da NAF: 005390 / 0001**

Data: 09/11/2020

Emitida por Amanda

**Empenho: 007622 de 15/10/2020**

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: **000189 / 2019** Cotação de  
 Data: 21/09/2019 Modalidade: Inexigibilidade Sequencial: 0013 / 2019  
 Data Entrega: Data Abertura: Abertura Propostas:  
 Tipo Apuração: Menor Preço - Item  
 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 Nr. 335 Compl.: 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: 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

Item	Código	Descrição do Material / Serviço	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
00077	026082	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	Unidade	0,7126	630,0000	448,9380

Especificação:

**Valor Total: 449,00 (Quatrocentos e quarenta e nove reais.)**

AMIR OTONI DE OLIVEIRA  
 CHEFE DE CABINETE

IZOMERO JOSE MACEDO 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) **09/11/2020 08:11** Período de Competência **11/2020** 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

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**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMO IMAGENS

FATURA: 158720

*Eliana Pereira Vigilato*  
 CPF 837.837.076-00  
 Secretária Municipal de Saúde  
 Pains - MG

**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 (%)
10.348,00	0,00	0,00	10.348,00	0,00
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
0,00	0,00	0,00	10.348,00	<b>10.348,00</b>

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

TRIB. APROX.: R\$1.391,81 FEDERAL E R\$265,94 MUNICIPAL. FONTE: IBPT 5DC0AE.

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

---

Nome	PM PAINS -FUS
Agência	2381-7
Conta corrente	6691-5

**Creditado**

---

Nome	STA CASA CARIFORMIGA
Agência	212-7
Conta corrente	3121-6
Valor	10.348,00
Destinação	0
Data	Nesta data

---

Assinada por	J2789905 AILTON GERALDO RODRIGUES	24/11/2020 15:39:19
	J2789779 AMIR OTONI DE OLIVEIRA	24/11/2020 16:04:13

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: J2789779 AMIR OTONI DE OLIVEIRA.