

PREFEITURA MUNICIPAL PAINS-MG

NOTA DE EMPENHO N°= 7654/2020-001 NAF: 2020 / 005422

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

Table with 2 columns: Description (Órgão, Unidade, SubUnidade, etc.) and Value/Code (02, 02.05, 10.301.0009.2147, 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\$ .....713,94
Setecentos e treze reais e noventa e quatro centavos.....

Hist.: REFERENTE A REALIZACAO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL COM
PROTOCOLO PARA ADRENAL TODAS AS FASES PARA ATENDER A PACIENTE HELOISA
APARECIDA RIBEIRO C/C 624.045-0

Licitação.: 2019/13 Processo N°.: 2019/189
Data: 15/10/2020 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 LIQUIDADADO, DESCONTO, VALOR LIQUIDO, SALDO A LIQUIDAR.

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

A liquidação N° 001, no valor R\$ .....599,00, 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°: 5583 Série: U
Data: 10/11/2020 Assinatura: IZOMERO JOSE MATHADO JUNIOR
Data p/ Pagto: 30/11/2020 CPF: 061.645.408-66 / 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\$ .....599,00 ,Quinhentos e noventa e nove reais.....
referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitada

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 C.E.FEDER CH.: DATA: 24/11 / 2020
Usuário: Paulo Vitor



UF: MG  
 Município: PAINS  
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

4654

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO

Emitida por cédinha

Número da NAF: 005422

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: 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
00034	026031	TC DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	Unidade	2,0000	356,9700	713,9400

Especificação:

**Valor Total: 713,94** (Setecentos e treze reais e noventa e quatro centavos.)

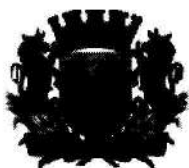
REFERENTE A REALIZACAO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL COM PROTOCOLO PARA ADRENAL TODAS AS FASES PARA ATENDER A PACIENTE HELOISA APARECIDA RIBEIRO C/C 624.045-0

AMIR OTONI DE OLIVEIRA  
 CHEFE DE GABINETE

IZOMIRO 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)

Fone: (37)3323/1111

---

**MEMORANDO/SMS/TFD/PAINS/481**

---

**PAINS-MG**


**15/10/2020**

Ao Departamento de Compras;

Venho através deste, solicitar contratação de empresa para realização de exame de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL COM PROTOCOLO PARA ADRENAL TODAS AS FASES para atender a paciente HELOISA APARECIDA RIBEIRO.

“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).”

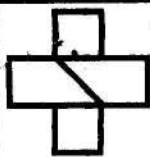
Atenciosamente,

  
**Luis Augusto da Silva**  
Diretor Administrativo  
CRA-MG 01-059543/D  
HMKVO - Pains/MG

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

**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 PAINOS

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) 3323-126

CEP 35582-000

PAINOS

MINAS GERAIS

## FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

### Encaminhamento para consultas e exames especializados

#### 1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Helena Aparecida Ribeiro TELEFONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ UNIDADE BÁSICA: \_\_\_\_\_ DATA NASC.: \_\_\_\_\_

#### 2 - REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA:

Tomografia computadorizada

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

Tomografia computadorizada de abdome total com reforço para Adrenal total as fases

EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS: Justificativa: paciente em pré-operatório para hipertensão arterial secundária devido a presença de lesão nodular, localizada na haste lateral da Adrenal direita medindo cerca de 1,2 x 1,5 cm, sugestivo de Adenoma.

DATA

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

#### 3 - CONTRA-REFERÊNCIA:

Dr. Luiz Henrique S. Messias  
**C21**mg 45388  
CONTROLE 066932

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: 005422 / 0001

Data: 09/11/2020

Emitida por Amanda

Empenho: 007654 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: 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
00034	026031	TC DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	Unidade	1,6780	356,9700	598,9956

Especificação:

Valor Total: 599,00 (Quinhentos e noventa e nove 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) **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

**ISO** 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, ambulatórios e congêneres.

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMO IMAGENS

FATURA: 158720

*Ellana Pereira Vigilato*  
 Ellana Pereira Vigilato  
 CPF 831.837.078-00  
 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 5DCOAE.

**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 ALTON GERALDO RODRIGUES
	J2789779 AMIR OTONI DE OLIVEIRA

24/11/2020 15:39:19

24/11/2020 16:04:13

Transação efetuada com sucesso.

---

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