

PREFEITURA MUNICIPAL PAINS-MG

NOTA DE EMPENHO

Nº= 7660/2020-001

NAF: 2020 / 005428

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...: 3.3.90.39.36 - 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\$ .....500,00
Quinhentos reais.....

Hist.: REFERENTE A REALIZACAO DE EXAME DE RESSONANCIA MAGNETICA DE ENCEFALO
PARA ATENDER A PACIENTE ANA LAURA VILELA MESQUITA C/C 624.045-0

Licitação.: 2019/14 Processo Nº.: 2019/239

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 ...: 2.430,98 : VALOR LIQUIDADO ...: 500,00
VALOR EMPENHADO ...: 500,00 : DESCONTO .....: 0,00
SALDO ATUAL .....: 1.930,98 : VALOR LIQUIDO ...: 500,00
TOTAL EMPENHADO ...: 500,00 : SALDO A LIQUIDAR : 0,00
VALOR A LIQUIDAR : 500,00

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

A liquidação Nº 001, no valor R\$ .....500,00, 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 MACEDO 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\$ .....500,00, Quinhentos 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 C.E.FEDER CH.: DATA: 24/11 / 2020
Usuário: Paulo Vitor



UF: MG  
 Município: PAINS  
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

7660

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO

Emitida por cidinha

Número da NAF: 005428

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: 000239 / 2019

Data: 21/09/2019 Modalidade: Inexigibilidade

Sequencial: 0014 / 2019

Data Entrega: Data Abertura:

Abertura Propostas:

Tipo Apuração: Menor Preço - Item

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

Unidade: 02.05

Sub-Unidade: 02.05.02

Funcional Programatica: 10.301.0009.2147

Elemento da Despesa: 3.3.90.39.00

Desdobramento: 36

Fonte de Recurso: 1.54

Sub Fonte: 00

PODER EXECUTIVO  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE-RECURSOS SUS  
 MANUT.BLOCO CUSTEIO ACOES SERV.PUB.SAUDE  
 Outros Serv. Terceiros - Pessoa Jurídica  
 Serviço Médico-hospitalar, Odont. Laborat.  
 Outras Transferências de Recursos do SUS  
 Outras Transferências de Recursos do SUS

NÚMERO DO EMPENHO:

Item	Código	Descrição do Material / Serviço	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
00001	026015	RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO COM CONTRASTE	Unidade	1,0000	500,0000	500,0000

Especificação:

**Valor Total: 500,00 (Quinhentos reais.)**

REFERENTE A REALIZACAO DE EXAME DE RESSONANCIA MAGNETICA DE ENCEFALO PARA ATENDER A PACIENTE ANA LAURA VILELA MESQUITA C/C 624.045-0

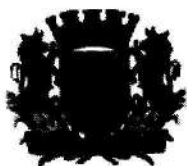
AMIR OTONI DE OLIVEIRA  
 CHEFE DE GABINETE

IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR  
 CONTROLE INTERNO -

MARINA MURARI RABELO  
 SETOR DE COMPRAS

*Jaw*

*p*



**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/484**

---

**PAINS-MG**

**15/10/2020**

Ao Departamento de Compras;

Venho através deste, solicitar contratação de empresa para realização de **RESSONANCIA MAGNETICA DE ENCEFALO** para atender a paciente **ANA LAURA VILELA MESQUITA**.

“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,

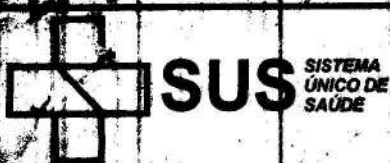
  
Luis Augusto da Silva  
Diretor Administrativo  
CRA-MG 04-059543/D  
HMRVO - Pains/MG

---

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

**Rua Manoel Lopes, nº 164 – Centro – CEP: 35582-000**

**Fone: (37) 3323-1222 – (37)3323-1111**



# 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 - PAIN: (37) 3323-1222 - FAX: (37) 3323-1266  
CEP 35582-000 PAINS MINAS GERAIS

## FOUNDAÇÃO DE SAÚDE CONTRA REFERÊNCIA

Atende a população com consultas e exames especializados

### 1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Sra Loura Leila Magalhães 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) Resonância Magnética do Encéfalo  
Epilepsia e refluxo  
CID: \_\_\_\_\_

### EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS:



ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

DATA: \_\_\_\_\_

### 3 - CONTRA - REFERÊNCIA:

LAUDO MÉDICO: \_\_\_\_\_

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

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

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

DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA MÉDICA

DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PACIENTE



UF: MG  
 Município: PAINS  
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

**NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - PARCIAL**  
**Número da NAF: 005428 / 0001**

Data: 09/11/2020

Emitida por Amanda

**Empenho: 007660 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: **000239 / 2019**

Data: 21/09/2019 Modalidade: Inexigibilidade

Sequencial: 0014 / 2019

Data Entrega: Data Abertura:

Abertura Propostas:

Tipo Apuração: Menor Preço - Item

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

Unidade: 02.05

Sub-Unidade: 02.05.02

Funcional Programatica: 10.301.0009.2147

Elemento da Despesa: 3.3.90.39.00

Desdobramento: 36

Fonte de Recurso: 1.54

Sub Fonte: 00

PODER EXECUTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE-RECURSOS SUS

MANUT.BLOCO CUSTEIO ACOES SERV.PUB.SAUDE

Outros Serv. Terceiros - Pessoa Jurídica

Serviço Médico-hospitalar, Odont. Laborat.

Outras Transferências de Recursos do SUS

Outras Transferências de Recursos do SUS

Item	Código	Descrição do Material / Serviço	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
00001	026015	RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO COM CONTRASTE	Unidade	1,0000	500,0000	500,0000

Especificação:

**Valor Total: 500,00 (Quinhentos 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

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

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMO IMAGENS

FATURA: 158720

*Eliana Pereira Vigilato*  
**Eliana Pereira Vigilato**  
 CPF 837.837.078-00  
 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\$)	Aliquota (%)
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
	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.