



## **CERTIDÃO**

Certifico, para os devidos fins de direito, que, atendendo determinação da Comissão Parlamentar de Inquérito instituída pela Portaria nº 23/2023, CUMPRI a seguinte diligência:

Foi criado o Anexo VI, com resposta ao Ofício nº 112/2023 encaminhada pelo Sr. José Walter Resende Aguiar, Prefeito Municipal, contendo a documentação respectiva ao ofício de nº 147-2023 de autoria desta Comissão Parlamentar de Inquérito, referente à lista de exames de baixa, média e alta complexidade, realizadas às expensas do Município de Entre Rios de Minas - MG, referente ao anos de 2021 e 2022.

Câmara Municipal de Entre Rios de Minas, em 30 de junho de 2023.

**Goreth de Sousa Silva**  
**Agente Legislativo**

## RESPOSTA AO OFICIO Nº 147/2023

# 2021

	PACIENTE	PROCEDIMENTO
1	Shirlei Maria de Oliveira	ALS8
2	Helena de Almeida Cunha	Colonoscopia
3	Geovane de Souza Maia	Genotipagem
4	Danilo Neves Oliveira	Ressonância magnética
5	Cecilia Campolina	Tomografia multislice
6	Eliset Cardoso Ribeiro	Endoscopia
7	Poliana N. dos Santos Silva	Ressonância magnética
8	José Mateus	Medicação succinato metilprednisol
9	Jesus Rogerio dos Santos	Cateterismo
10	Clemilda Cardoso da Silva	Consulta com cirurgião cardiologista
11	Maria das Graças Inacio	Colonoscopia
12	Willian Jeferson Ribeiro Viana	Colonoscopia
13	João Vicente dos Santos	Ultrasson transretal com biopsia
14	Waldir Batista Soares	Ressonância próstata
15	Antonio Padre da Silva	Estudo Urodinâmico
16	Waldir Batista Soares	Ultrasson transretal com biopsia
17	Vicente de Paula Soares Resende	Ultrasson transretal com biopsia
18	Gabriel Pessanha Mota	Tomografia dos elementos 21 e 22

2/8



19	•	Maria Aparecida Silva Ferreira	Aparelho Auditivo
20	•	Roselene Maia Coelho	Ressonância magnética
21	•	Camila Januario Santos Maia	Pernoite
22	•	Marcio Cardoso dos Santos	Ressonancia magnética multipavametrica

8/3

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 03499-000 Venc: 17/09/2021 Ficha: 00210

Credor: 22469 - VICENTE DE PAULA SOARES RESENDE

CPF: 624.753.206-72 PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA RIO BRUMADO, 365

SAO LUCAS - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ...: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICIPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 1.296,27 Valor do empenho...: R\$ 890,00

Saldo atual...: R\$ 406,27 Valor liquido.....: R\$ 890,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME DE ULTRASSON  
TRANSRETAL DA PROSTATA COM BIOPSIA SOB ANESTESIA, CONFORME PEDIDO  
MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 17/09/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 17/09/2021

Visto: Thais Castro de Oliveira Corre  
THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 17/09/2021

Visto: Jose Walter Resende Aguiar  
JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 890,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao  
Municipal a importancia de R\$ 890,00 (OITOCENTOS E NOVENTA REAIS ),  
referente a despesa acima mencionada.

30 / 09 / 2021

Vicente de Paula Soares Resende  
VICENTE DE PAULA SOARES RESENDE

Documento: Recebedor: Lancament

Banco: Bras Conta: 1094.4 Cheque: 850801



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2017 - 2020

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

5/8

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input type="checkbox"/> Recurso Próprio				<b>Ficha</b>	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?				<b>Fonte</b>	<b>1.02</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>		Secretaria Municipal de Saúde			
<b>Sector:</b>		Saúde			
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>		Exame de ultrasson transretal			
<b>Destino do Material/Serviço:</b>		Paciente Vicente de Paula Soares Resende			
<b>Item</b>	<b>Quant.</b>	<b>Unid.</b>	<b>Especificação dos Materiais ou Serviços</b>	<b>Preço Unitário</b>	<b>Preço Total</b>
1	1	SV	Ultrasson transretal da próstata com biopsia sob anestesia	890,00	890,00
OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.					
Entre Rios de Minas, 16/09/2021.			Requisição elaborada por:		
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo			<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> Indeferido		
 Assinatura do Controle Interno			 Assinatura do Prefeito		
			Protocolo N°: 3657, 17/09/2021.		
			 Responsável pelo Protocolo		



CIS 2V  
EKOSON



**ULTRAMED**

CLÍNICA DE MEDICINA ESPECIALIZADA E ULTRASSONOGRAFIA

Dr. Wellington dos Santos Almeida  
MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA  
CRM-MG 261

Vicente de Paulo Soares Resende

Reço: USG transretal com  
biópsia da próstata

Just: PSA T: 5,90 ug/l  
(É diabético)

11/8/21

*(Signature)*

Av. Telésforo Cândido de Resende, 100 Sala 701/702 - Conselheiro Lafaiete - MG  
Telefax: (31) 3763-5852 - Cel: (31) 9988-9515  
e-mail: ultramedltda@yahoo.com.br

Roundcube



E-mail

Contatos

Configurações

[Voltar](#) [Criar email](#) [Responder](#) [Responde](#) [Encamin](#) [Excluir](#) [Mover](#) [Imprimir](#) [Spam](#) [Marcar](#) [Mais](#)

## Caixa de entrada

[Rascunhos](#)[Enviados](#)[Spam](#)[Lixeira](#)[Enviadas](#)[Lixeira](#)[Rascunhos](#)

Mensagem 1 de 2481

De **ultramedclinica ultramed** <ultramedclinica01@yahoo.com.br>  
Para **tfdsaude@entrieriosdeminas.mg.gov.br** <tfdsaude@entrieriosdeminas.mg.gov.br>  
Data **Hoje 10:23**

Bom dia

Conforme solicitado, segue os valores cobrados para realização da Biópsia de Próstata dos pacientes Valdir Batista Soares e Vicente de Paulo Soares Resende. O valor de R\$ 500,00 é cobrado no consultório para a realização da coleta do material e da ultrassonografia. E o valor de R\$ 390,00 é cobrado no laboratório para análise do material.

Então, o valor total do exame é R\$ 890,00. O material o paciente mesmo que leva ao laboratório.

Att

Aline







**ROMILDO SOARES DE RESENDE**  
KP217-00083-SI KP RUR E RIOS 421617 9999 SI  
AREA RURAL  
35490-000 ENTRE RIOS DE MINAS, MG  
CPF 081.231.735-01

**Nº DO CLIENTE**  
**7201880762**

**Nº DA INSTALAÇÃO**  
**3007349187**

**Referente a** **Vencimento** **Valor a pagar (R\$)**  
**OUT/2020** **27/11/2020** **R\$146,88**

**NOTA FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE U** Nº 049401249 - PTA Nº 45.000014006.81

Classe	Subclasse	Modalidade Tarifária	Dados de Leitura	Data de Emissão
Rural Monofásico	Residencial rural	Convencional B2	ANTERIOR 23/09 ATUAL 23/10 PRÓXIMA 24/11	23/10/2020

Tipo de Medição	Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Multiplicação	Consumo kWh
Energia kWh	AJE062034596	28.763	28.981	1	218

**Informações Gerais**  
Tarifa vigente conforme Res. ANEEL nº 2.757, de 18/09/2020.  
Pela legislação tributária, os descontos a que se refere o Decreto Federal 7.891/13 também integram a base de cálculo do ICMS, PASEP e COFINS.  
O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.  
É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade exercida no local.  
Faça sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)  
Fat. conf. Res. ANEEL 414 Art. 86 - Leitura não prevista.  
Faturamento pela média  
SET/2020 Band. Verde - OUT/2020 Band. Verde

Descrição	Quantidade	Preço	Valor R\$
Energia Elétrica kWh	218	0.64387708	140,34
<b>Encargos e Cobranças</b>			
Dif. recálculo tarifa integral			30,80
<b>Abatimentos e Devoluções</b>			
Subsídio tarifa líquida			-24,26
<b>Tarifas aplicadas (sem impostos)</b>			
Energia Elétrica kWh		0,50686000	

Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/Dia	Dias
OUT/20	218	7,26	30
SET/20	217	7,23	30
AGO/20	90	2,72	33
JUL/20	225	8,03	28
JUN/20	223	7,43	30
MAI/20	307	10,96	28
ABR/20	228	6,90	33
MAR/20	211	6,39	33
FEV/20	218	7,51	29
JAN/20	191	7,07	27
DEZ/19	265	8,83	30
NOV/19	244	7,39	33
OUT/19	202	6,96	29

**Reservado ao Fisco**  
E19D.FC31.44DE.CB9F.1170.E1F9.AE77.2CE7

	Base de cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	171,14	18,00	30,80
PASEP	140,34	0,71	0,98
COFINS	140,34	3,29	4,61

**HEMOLAB**  
MEDICINA LABORATORIAL



001-66014-548

**Prezado cliente, o laudo dos exames será entregue a quem estiver portando este comprovante de atendimento.**

Informações: Havendo necessidade técnica, você poderá ser convocado para a coleta de novas amostras biológicas.

Se houver necessidade técnica, a data e horário de entrega dos seus resultados poderá ser alterada.

Para maior comodidade, você pode pegar seu resultado pela internet

[www.hemolab.com.br](http://www.hemolab.com.br)

Nº O.S.: 001-66014-548

Unidade de Coleta: Avenida Professor Manoel Martins, 236, Campo Alegre - 36400111 - Conselheiro Lafaiete - MG

Telefone: 55 (31) 37646000

Paciente: VICENTE DE PAULA SOARES RESENDE

Idade: 61 anos

Sexo: M

Convênio: CONVENIOS DESCONTO

Data Atend.: 27/09/2021

Atendente:

ALINE CHRISTINA BALBINO

Médico (a): WELINGTON DOS SANTOS ALMEIDA

Data entrega Resultado:

19/10/2021 - 15:00

Senha internet: LOGIN: P284914

SENHA: 6Z7LB

EXAMES

BIOPSIA SIMPLES

+59,00f  
Vicente de Paula Soares Resende  
Aumentos reais  
Ultrassonografia com Biópsia da  
Próstata

Cons. Lafaiete 27 Setembro 2021

Recebemos  
27/09/21

Carla M. Almeida  
COORDENADORA

Total de exames: 1 Total da OS: R\$ 390,00 Desconto: R\$ 0,00 Total pago: R\$ 390,00 Valor a pagar: R\$ 0,00

ORDEN DE PAGAMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

OP00623-000

16/02/2022

Modelo: OP - ORDEN PGTO Num: 00623-000

Venc: 16/02/2022

Ficha: 00661

Credor: 08884 - ROSELENE MAIA COELHO

Ref: 04832-000

CPF: 039.547.716-67 PIS: CBO:

Tel: () -

Endereco: RUA JECEABA, 419

SENHOR DOS - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 88.888.000 - EXTRA-ORÇAMENTARIA

Funcao.: 88 - EXTRA ORÇAMENTÁRIA

Subfuncao.: 888 - EXTRA ORÇAMENTÁRIA

Programa.: 8888 - PROGRAMA: MIGRAÇÃO FICHA 8888

Proj./Ativ.: 8.888 - EXTRA-ORÇAMENTARIA

Conta.: 8.8.01.83.01 - RESTOS A PAGAR PROCESSADOS 2021

Fonte.: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle:

Saldo anterior: R\$ 0,00 Valor do empenho.: R\$ 550,00

Saldo atual.: R\$ 0,00 Valor liquido.: R\$ 550,00

Historico: REFERE-SE A VALOR INSCRITO EM RESTOS A PAGAR RELATIVO AO EXERCICIO DE 2021.

Autorizo a presente Ordem de Pgto.

Data: 16/02/2022

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF: 087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF: 439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

R E C I B O R\$ 550,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao municipal a importancia de R\$ 550,00 ( QUINHENTOS E CINQUENTA REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

16 / 02 / 22

ROSELENE MAIA COELHO

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco:

Banco

Conta:

1094-4

Cheque:

2509 00



## NOTA DE EMPENHO

EO04832-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

23/12/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 04832-000 Venc: 23/12/2021 Ficha: 00210

Credor: 08884 - ROSELENE MAIA COELHO

CPF: 039.547.716-67 PIS: CBO:

Tel: () -

Endereco: RUA JECEABA, 419

SENHOR DOS - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.: 10 - SAUDE

Subfuncao.: 301 - ATENCAO BASICA

Programa.: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 773,13 Valor do empenho.: R\$ 550,00

Saldo atual.: R\$ 223,13 Valor liquido.: R\$ 550,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DO EXAME DE RESSONANCIA  
MAGNETICA COXOFEMORAL, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 23/12/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

## LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 23/12/2021

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

## AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 23/12/2021

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 550,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao  
Municipal a importancia de R\$ 550,00 ( QUINHENTOS E CINQUENTA REAIS ),  
referente a despesa acima mencionada.

ROSELENE MAIA COELHO

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco:

Conta:

Cheque: 850900



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

13  
13

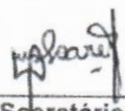
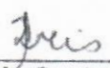
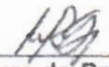
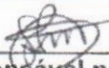
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

<input checked="" type="checkbox"/> Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da Secretaria de Saúde		<b>Ficha</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio		<b>Fonte</b>	<b>102</b>
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?			
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde		
<b>Sector:</b>	Saúde		
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exame de ressonância de joelho esquerdo		
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Roselene Maia Coelho Moura		

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	UN	Exame de ressonância magnética coxofemoral	R\$ 550,00	R\$ 550,00
Total:				R\$ 550,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 15/12/2021.	Requisição elaborada por: Ariana Aparecida de Resende
Memorando se houver:  Paciente necessita realizar exame com urgência conforme descrito no pedido médico. Município tem contrato com o consorcio Cisalv porém o mesmo já encerrou os atendimentos neste mês de dezembro e a paciente não pode aguardar para janeiro, sendo assim solicitamos o pagamento do exame.	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	(X) Deferido - ( ) Indeferido
 Assinatura do Controle Interno	 Assinatura do Prefeito
	Protocolo N°: 2310, 23/12/2021.
	 Responsável pelo Protocolo



URGENTE 1

Dr. ERIC GROSSI MORATO

NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA

RUA DOS OTONI 909, SALA 407 - 411 TEL 3273-0610/32730511

Roseane Maria Costa.

• RM DA BACIA - ARTERIAL

COXA FEMORAL, BILATERAL  
c/ GASTRO Dito

Dr. Sergio Drummond Jr.

- 996820208 -

999760626



DR ERIC GROSSI MORATO CRMMG 32523

ericgrossi@neurocirurgiaobh.com

ESPECIALISTA EM NEUROCIRURGIA VASCULAR E

NEURO ONCOLOGIA PELA UNIVERSITÉ DE ROUEN FRANCE

32819822 - CTC-M



15/11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

ROSELENE MAIA COELHO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALID

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO MG-7.018.641 DATA 09/12/2013

ROSELENE MAIA COELHO

JOSE DOS SANTOS COELHO

CENIRA MAIA COELHO

ENTRE RIOS DE MINAS-MG 5/8/1975

CAS. AV. DIV. LV-2BAUX FL-7

ENTRE RIOS DE MINAS-MG

039547716-67

LEITIA ALESSI MACHADO ROGÉDO

ASSINATURA DO DIRETOR

PII-1312

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

2. VIA

VALID

35.490.000  
MG

REFERÊNCIA DA FATURA					MATRÍCULA
Número	Data de Emissão	Data de Apresentação	Mês de Referência	Grupo	
001.21.72079765-7	02/12/2021	02/12/2021	12/2021	258	0 011 109 791 6

IDENTIFICADOR USUÁRIO

0 022 340 893 4

QUANTIDADE DE UNIDADES ATENDIDAS					
SERVIÇO	Social	Residencial	Comercial	Industrial	Pública
Água	1				
Esgoto					

HIDRÔMETRO	PERÍODO CONSUMO/LEITURA		PRÓXIMA LEITURA	CONSUMO FATURADO		
	Atual	Anterior		Dias	m³	Litros
Y214 0535705	02/12/2021	03/11/2021	04/01/2022	29	6	6000

HISTÓRICO DE CONSUMO			
	Volume Faturado Litros	Dias entre medições	Média Diária Litros
Dez/2021	8.000	29	206
Nov/2021	9.000	33	272
Out/2021	12.000	30	400
Set/2021	8.000	28	285
Ago/2021	5.000	30	166
Jul/2021	4.000	33	121
Jun/2021	6.000	29	206
Mai/2021	8.000	29	275
Abr/2021	8.000	32	250
Mar/2021	7.000	31	225
Fev/2021	9.000	28	321
Jan/2021	7.000	33	212

CONSUMO MÉDIO	
m³	litros
7	
SEU CONSUMO/CUSTO DIÁRIO	
200 litros de água	
Água	Esgoto
R\$ 0,50	R\$ 0,00

TARIFA								
CALCULO SOCIAL								
Faixas de consumo em 1.000 litros	Consumo da faixa em 1.000 litros	Unidades Atendidas	Volumne Total	R\$ / Mil Litros Água	Valor Água R\$	R\$ / Mil Litros Esgoto	Valor Esgoto R\$	Sub Total R\$
FIXA	--	1	--	--	7,92	--	0,00	7,92
0 A 5	5,00000	1	5,00	0,31000	4,55	0,00000	0,00	4,55
5 A 10	1,00000	1	1,00	1,94300	1,94	0,00000	0,00	1,94
SOMA	6,00000		6,00		14,41		0,00	14,41

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS / LANÇAMENTOS		
ABASTECIMENTO DE AGUA		14.41

0000 000000000000 N11 0000000000002005101500000000000000  
TRIBUTOS INCIDENTES SOBRE O FATURAMENTO: PIS/COFINS - VALOR: R\$ 0,95

POUPE TEMPO. DÉBITO AUTOMÁTICO.  
MELHOR PARA VOCE. CONSULTE SEU BANCO.

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
05/01/2022	*****R\$14,41

INFORMAÇÕES GERAIS

SEGUNDA VIA DA CONTA DISPONÍVEL: [WWW.COPASA.COM.BR](http://WWW.COPASA.COM.BR)



INFORMAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DA ÁGUA (Postais de Consolidação nº 5 - Anexo XX do MS - Decreto nº 5446)						
Período:	Número de Amostras					
	Cipo	Coliformos Totais	Cfb	Escherichia coli	Fluorop (°)	Turbidez
Mínimo	22	22	22	22	0	22
Analisadas	0	0	0	0	0	0
Fora Padrões	22	22	22	22	0	22

Observações: \*Não obrigatório

Significação dos parâmetros: vide verso

Em caso de ordem de pagamento, mencionar o número desta fatura.

(Autenticar no verso)

CÓD. DÉBITO AUTOMÁTICO 0 011 109 791 C	NÚMERO DA FATURA 001.21.72079760-7	MÊS / REF. 12/2021	VENCIMENTO 05/01/2022	TOTAL A PAGAR R\$ 14.41
---	---------------------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------------

82690000000-9 14410019100-2 12172079760-8 73123900502-8





NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº:2021/652

Emitida em:  
13/12/2021 às 08:39:07

Competência:  
13/12/2021

Código de Verificação:  
4768a151

17  
CP



CENTRO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MINAS GERAIS LTDA  
CPF/CNPJ: 20.479.077/0002-84      Inscrição Municipal: 0314947/003-1  
AVE FRANCISCO SALES, 1622, LOJA 01 02 03 04, Santa Efigênia - Cep: 30150-224  
Belo Horizonte      MG  
Telefone:      Email:

Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 039.547.716-67  
ROSELENE MAIA COELHO  
R. JECEABA, 415, SENHOR DOS PASSOS - Cep: 35490-000  
Entre Rios De Minas  
Telefone: Não Informado

Inscrição Municipal: Não Informado  
MG  
Email: Não Informado

Discriminação do(s) Serviço(s)

REFERENTE AO EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXOFEMORAL DIREITA COM CONTRASTE

Código de Tributação do Município (CTISS)  
0402-0/03-88 / Radiologia, endoscopia, ultrassonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia, eletricidade médica, audiometria e congêneres.

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:  
4.02 / Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Cod/Município da incidência do ISSQN:  
3106200 / Belo Horizonte

Natureza da Operação:  
Tributação no município

Valor dos serviços:	R\$ 550,00	Valor dos serviços:	R\$ 550,00
(-) Descontos:	R\$ 0,00	(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 0,00	(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00	(=) Base de Cálculo:	R\$ 550,00
Valor Liquido:	R\$ 550,00	(x) Alíquota:	3%
		(=) Valor do ISS:	R\$ 16,50



Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda  
Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.  
Dúvidas: SIGESP



RECEBEMOS

Belo Horizonte 13 de Dezembro de 2021  
*[Assinatura]*

CENTRO DE TOMOGRAFIA  
COMPUTADORIZADA DE MG LTDA  
- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA -



ORDEN DE PAGAMENTO

OP00622-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

16/02/2022

Modelo: OP - ORDEM PGTO Num: 00622-000 Venc: 16/02/2022 Ficha: 00661  
Credor: 24732 - CAMILA JANUARIO SANTOS MAIA Ref: 04829-000  
CPF: 106.241.096-31 PIS: CBO: Tel: () -  
Endereco: RUA DONA IQUITA, 73  
RIBEIRO CARDOSO - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 88.888.000 - EXTRA-ORÇAMENTARIA  
Funcao.....: 88 - EXTRA ORÇAMENTÁRIA  
Subfuncao...: 888 - EXTRA ORÇAMENTÁRIA  
Programa....: 8888 - PROGRAMA: MIGRAÇÃO FICHA 8888  
Proj./Ativ.: 8.888 - EXTRA-ORÇAMENTARIA  
Conta.....: 8.8.01.83.01 - RESTOS A PAGAR PROCESSADOS 2021  
Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle:

Saldo anterior: R\$ 0,00 Valor do empenho...: R\$ 450,00  
Saldo atual...: R\$ 0,00 Valor liquido.....: R\$ 450,00

Historico: REFERE-SE A VALOR INSCRITO EM RESTOS A PAGAR RELATIVO AO EXERCICIO DE 2021.

Autorizo a presente Ordem de Pgto.

Data: 16/02/2022

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF: 087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF: 439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

R E C I B O R\$ 450,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao municipal a importancia de R\$ 450,00 (QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

16 / 02 / 22

CAMILA JANUARIO SANTOS MAIA

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco:

Braze

Conta:

1094-4

Cheque:

250901

NOTA DE EMPENHO

EO04829-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

23/12/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 04829-000 Venc: 23/12/2021 Ficha: 00210

Credor: 24732 - CAMILA JANUARIO SANTOS MAIA

CPF: 106.241.096-31 PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA DONA IQUITA, 73

RIBEIRO CARDOSO - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa....: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 1.846,03 Valor do empenho....: R\$ 450,00

Saldo atual....: R\$ 1.396,03 Valor liquido.....: R\$ 450,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA DESPESAS DE PERNOITES EM BELO HORIZONTE DO DIA 05 A 14/12/2021, PARA ACOMPANHAR SUA FILHA RECEM NASCIDA, INTERNADA NA MATERNIDADE HILDA BRANDAO.

Autorizo o presente empenho

Data: 23/12/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.  
Data: 23/12/2021

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa.  
Data: 23/12/2021

Visto: Scacaria  
THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

Visto: LPJ  
JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 450,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao Municipal a importancia de R\$ 450,00 (QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS), referente a despesa acima mencionada.

16 / 02 / 22

Camila Januario Santos Maia  
CAMILA JANUARIO SANTOS MAIA

Documento: \_\_\_\_\_ Recebedor: \_\_\_\_\_ Lancament  
Banco: Bras Conta: 1094.4 Cheque: 850901





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2017 - 2020

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

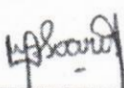


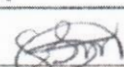
(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS	<b>Ficha</b>	
( x ) Para Licitar - ( ) Efetivação de compras - ( ) Recurso Próprio	<b>Fonte</b>	<b>1.02</b>
( ) Recurso Específico / Convênio Qual?		

<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>Sector:</b>	Saúde
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Pernoite em pousada
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Camila Januario Santos Maia

Item	Quant.	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
1	10	diárias	Pernoite do dia 05/12/2021 á 14/12/2021		450,00

OBS: Em caso de dispensa, inexistibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 20/12/2021.	Requisição elaborada por: Ariana Aparecida de Resende
Na data do dia 05/12/2021 o RN de Camila Januario Santos Maia internou na Maternidade Hilda Brandão no Grupo da Santa Casa em Belo Horizonte, porém a mãe só poderia ficar no hospital durante o dia e a mesma não tem familiar em BH e nem tem condições para arcar com as despesas da pousada, solicitando assim junto a Assistente Social do hospital a hospedagem para a mesma.	

( X ) Deferido - ( ) Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle interno	Protocolo N°: <u>2302</u> , <u>23/12/2021</u> .  Responsável pelo Protocolo





21/12/21

Belo Horizonte, 13 de Dezembro de 2021.

Secretaria de Saúde de Entre Rios

A/C: Angela

### RELATÓRIO SOCIAL

A SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, por seus representantes "In Fine" assinados, vem perante as Sr.ª, respeitosamente, expor o que se segue:

Na data de 05/12/2021 o RN de Camila Januário Santos Maia (Maria Cecília Santos Januário) internou na Maternidade Hilda Brandão na Unidade Neonatal CTI – Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, para acompanhamento de uma cardiopatia.

Em atendimento do Serviço Social a Sr.ª Camila afirmou que não tem familiares em Belo Horizonte para o acolhimento da família e que não tem recursos financeiros para arcar com custos de permanência no município.

Conforme os artigos 9º e 11º §2 do ECA e a Lei 237, publicada no Diário Oficial do dia 09/12/1998, solicitamos a disponibilidade de recursos a permanência da Sr.ª Camila no município de Belo Horizonte, para o acompanhamento do recém-nascido e o período de aleitamento materno.

#### Outros dados:

**Genitora:** Camila Januário Santos Maia

Endereço: Rua Dona Miquita, nº 73. Bairro: Ribeiro Cardoso – Entre Rios de Minas/MG

Tel.: (31) - 996952889 - Camila

(31)- 971532962- Fábio Júnior

Colocamos à disposição para maiores esclarecimentos. Telefone: (31) 3238-8206/ 3238-8809

Atenciosamente,

Ana Luíza M. Campos Cruz – Assistente Social CRESS 23844

Liliane Braga Nascimento – Assistente Social CRESS 5515

Tarciana Maria Dias Alves - Assistente Social CRESS 26581

## NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº:2021/79

Emitida em:  
13/12/2021 às 13:37:43Competência:  
13/12/2021Código de Verificação:  
83e69de5

JEAN FRANCISCO POLICENA ALVES 05861927600

CPF/CNPJ: 39.793.556/0001-18

Inscrição Municipal: 1263189/001-0

RUA PIAUI, 313, CASA, Santa Efigênia - Cep: 30150-320

Belo Horizonte

MG

Telefone:

Email:

## Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 106.241.096-31

Inscrição Municipal: Não Informado

CAMILA JANUARIO SANTOS

RUA DONA MIQUITA, 73, RIBEIRO CARDOSO - Cep: 35440-000

Entre Rios De Minas

MG

Telefone: Não Informado

Email: Não Informado

## Discriminação do(s) Serviço(s)

DIARIA DE HOSPEDAGEM DE PACIENTE EM TRATAMENTO.

REFERENTE 05/12/2021 À 14/12/2021

## Código de Tributação do Município (CTISS)

0901-0/01-88 / Hospedagem em hotel, pousada, pensão, albergue, hospedaria, camping e congêneres

## Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:

9.01 / Hospedagem de qualquer natureza em hotéis, apart-service condominiais, flat, apart-hotéis, hotéis residencia, residence-service, suite service, hotelaria marítima, moteis, pensoes e congêneres; ocupacao por temporada com fornecimento de serviço (o valor da alimentacao e gorjeta, quando incluído no preço da diária, fica sujeito ao imposto sobre serviços).

## Cod/Município da incidência do ISSQN:

3106200 / Belo Horizonte

## Natureza da Operação:

Tributação no município

Regime Especial de Tributação: MEI do Simples Nacional

Valor dos serviços:	R\$ 450,00	Valor dos serviços:	R\$ 450,00
(-) Descontos:	R\$ 0,00	(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 0,00	(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00	(=) Base de Cálculo:	R\$ 450,00
Valor Líquido:	R\$ 450,00	(x) Alíquota:	-
		(=) Valor do ISS:	-



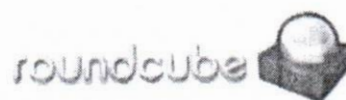
Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda  
Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.  
Dúvidas: SIGESP







Assunto **Caso Maria Cecilia Santos Januario**  
De **Servicosocialmhb SC** <servicosocialmhb@santacasabh.org.br>  
Para <comprassaude@entreriosdeminas.mg.gov.br>,  
pmsaude@entreriosdeminas.mg.gov.br  
<pmsaude@entreriosdeminas.mg.gov.br>  
Data 13-12-2021 11:35



94  
94

- 2021-12-13 11-16\_page\_1.pdf(~700 KB)
- 2021-12-13 11-03\_page\_1.pdf(~401 KB)
- Caso Maria Cecilia Santos Januario.docx(~29 KB)

A/C: Angela/ Andreia

Bom dia.

Segue em anexo relatório social e documentos solicitados para repasse do TFD.

--

Atenciosamente,

Ana Luiza Cruz

Liliane Braga

Tarciana Alves

Assistentes Sociais

Maternidade Hilda Brandão

(31)3238-8206





## RELATÓRIO MÉDICO

Ao serviço social

Trata-se de Maria Cecília Santos Januario, nascido de 35 semanas encontra-se internado em UTI neonatal sem previsão de alta.

Trata-se de RN portador de cardiopatia congênita complexa abaixo descrita

- CIA tipo Ostium secundum de tamanho pequeno, medindo 1,0 mm com "shunt" esquerda direita a este nível; - CIV muscular trabecular anterior de tamanho pequeno medindo 1,3 mm com "shunt" esquerda direita a este nível; - Câmaras cardíacas de tamanho normal; - Boa função sistólica biventricular; - PCA de tamanho médio, medindo 2,6 mm com "shunt" esquerda/direita; - Observa-se discreto estreitamento localizado medindo 3,0 mm após a emergência da artéria subclávia esquerda, sem ocasionar gradiente significativo;

Em tratamento de sepse tardia

Atenciosamente,

Belo Horizonte, 13/12/2021



NOTA DE EMPENHO

EO04715-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

09/12/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 04715-000 Venc: 09/12/2021 Ficha: 00210

Credor: 24715 - MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA

CPF: 072.562.616-08

PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA JOSE BRUNO, 220

VARGEM DO ENGENHO - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 6.186,19 Valor do empenho...: R\$ 5.600,00

Saldo atual...: R\$ 586,19 Valor liquido.....: R\$ 5.600,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA AQUISICAO DE APARELHO AUDITIVO, CONFORME RELATORIO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 09/12/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 09/12/2021

Data: 09/12/2021

Visto: Luciana

Visto: JP

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 5.600,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao municipal a importancia de R\$ 5.600,00 (CINCO MIL, SEISCENTOS REAIS), referente a despesa acima mencionada.

MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco: Beani

Conta: 10944

Cheque: 350871





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**


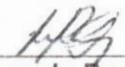

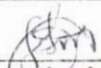
27

(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS ( ) Para Licitar ( ) Efetivação de compras ( x ) Recurso Próprio ( ) Recurso Específico / Convênio Qual?		Ficha	
		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE		
Setor:	SAÚDE		
Tipo de Material/Serviço:	Aparelho auditivo		
Destino do Material/Serviço:	PACIENTE Maria Aparecida Silva Ferreira		

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
1	1	UNID	Aparelho Auditivo	5.600,00	5.600,00
Total:				R\$: 5.600,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 30/11/2021.	Requisição elaborada por:
Memorando se houver:	

( x ) Deferido - ( ) Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: 2.82, 09/12/2021.  Responsável pelo Protocolo

Conselheiro Lafaiete, 26 de novembro de 2021

### Orçamento:

**Paciente:** MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA

**Aparelho Auditivo:** Digital

**Marca:** Oticon

**Garantia:** 2 anos de garantia de fábrica

**Descrições:** O aparelho auditivo de alta tecnologia apresenta: potente amplificador, direcionalidade adaptativa, cancelamento de feedback, redutor de ruído, microfones direcionais, quatro programas para o usuário, memória, aviso de bateria fraca, proteção contra ruído de vento, compatível com conectividade.

**Valores:** R\$ 5.600,00 (CINCO MIL SEISCENTOS REAIS)

Valor de próteses bilaterais

**Condições:**

VALOR À VISTA

Orçamento Válido por 15 dias.

  
Cristina Mara de Castro  
Fonocardiologia/Audiologia  
CRFª 3807

29/08

CEMIG DISTRIBUIÇÃO S/A  
 C.P. 15.941.185/0001-15  
 C.E. Especial P22-32/130.000V  
 Av. Engenheiro, 1209 - 17º Andar - Alto Al  
 Santa Agnêdo - CEP 30.160-121

Nota Fiscal - Energia Elétrica  
 Série: U1 NF: 326460537  
 Controle:  
 02.144/R4SODBB950/0088

Emissão: 06/09/2021 Impressão: 06/09/2021 14:53:42 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criado pela  
 Emissão autorizada pelo Regime Especial/PTA N° 45.00009762.37 - SEF MG Lei nº 10.438 de abril de 2002

JOAO DE LIMA FERREIRA

Nº DO CLIENTE: 7004376278

RUA JOSE BRUNO 220 CS

Nº de Instalação: 3000395255  
 Residencial Baixa Renda Residencial Monofásico

VARGEM DO ENGENHO  
 ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
 CEP: 35490-000

Nome da Letra: Tarifa Convencional  
 05/08 06/09 06/10

MEDIDOR N°: ABA043068938

Tipo de Medição	Letra Anterior	Letra Atual	Contributo de Instalação	Consumo kWh
Energia Elétrica	20949	21015	1	66

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia até 30 kWh	30	0,23570158	7,06
Energia de 31 a 80 kWh	36	0,40404939	14,54

ENCARGOS/COBRANÇAS

Descrição	Valor R\$
Contrib.Custeio Ilum. Pública	9,63
Cobrança da Conta de Energia de 08 / 2021	39,32
Dif. recálculo tarifa integral	19,46

TARIFAS APLICADAS(Sem Impostos)

Energia até 30 kWh	0,22526000
Energia de 31 a 80 kWh	0,38615000

ABATIMENTOS E DEVOLUÇÕES

Subsídio tarifa líquida	-18,61
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)	
BANDEIRA VERMELHA P2	3,15

CPF: 678.686.906-82

Pág 1 de 1

RESERVADO AO FISCO 9D53.9C9E.897F.6D60.5951.6A60.2ABA.D695

REFERENTE A	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
SET/2021	25/09/2021	R\$ 71,40

	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota(%)	Valor (R\$)
ICMS	41,06	0,79	R\$ 0,32
PASEP	41,06	3,64	R\$ 1,48
COFINS			

Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/dia	Dias de Faturam.
AGO/2021	86	2,77	31
JUL/2021	77	2,48	31
JUN/2021	78	2,60	30
MAI/2021	80	2,65	28
ABR/2021	91	2,75	33
MAR/2021	89	2,96	30
FEV/2021	83	2,96	28
JAN/2021	71	2,15	33
DEZ/2020	70	2,41	29
NOV/2020	89	2,87	31
OUT/2020	92	2,87	32
SET/2020	75	2,58	29

FATURAMENTO PELA TARIFA SOCIAL DESCONTO DE R\$18,61  
 AGO/2021 Band. Verm. P2 - SET/2021 Band. Verm. P2  
 Tarifa vigente conforme Res Aneel nº 2.877, de 25/05/2021.  
 Pela legislação regulatória, os descontos a que se refere o Decreto Federal 7.891/13 também integram a base de cálculo do PASEP e COFINS.  
 O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.  
 É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA E SEGURA.  
 ACESSE AGORA [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap

259-762709785-2  
 16/SET/2021  
 LOT. 11.008278-8  
 LOCALIDADE: ENTRE RIOS DE MINAS  
 AG. VINCULADA: 1044

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
 CEMIG DISTRIBUIÇÃO S/A  
 VALOR DO PAGAMENTO: 71,40  
 83680000009 714001380019  
 715593211116 000039525530

1ª VIA

259-762709785-2



IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR



# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica



0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.001.050  
Série 001  
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3122 0135 5719 2100 0199 5500 1000 0010 5017 0433 4965

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131224520089032 - 07/01/2022 10:25:48

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0036045950062

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

35.571.921/0001-99

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA

CNPJ / CPF

072.562.616-08

DATA DA EMISSÃO

07/01/2022

ENDEREÇO

RUA JOSE BRUNO, 220 - CASA

BAIRRO / DISTRITO

VARGEM DO ENGENHO

CEP

35490-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

07/01/2022

MUNICÍPIO

ENTRE RIOS DE MINAS

UF

MG

FONE / FAX

31998114138

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

10:25:39

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUT.
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.600,00
VALOR FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.355,20	0,00	5.600,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

(9) Sem Frete

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CSOSN	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
000000663	MOSAIC M 60 8C - REXTON - U - LX83199	90214000	2103	5102	UN	1,0000	2.800,0000	2.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000000663	MOSAIC M 60 8C - REXTON - U - AA19931	90214000	2103	5102	UN	1,0000	2.800,0000	2.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor Aproximado dos Tributos : R\$ 1.355,20

RESERVADO AO FISCO

Conselheiro Lafaiete, 26 de NOVEMBRO de 2021.

RELATÓRIO:

A paciente MARIA APAREECIDA SILVA FERREIRA apresentou, segundo exames audiométricos, perda auditiva do tipo neurosensorial, de grau severo em ambas orelhas.

A perda auditiva da presente, é um tipo de perda irreversível e de caráter progressivo, devendo assim a paciente ser adaptada com próteses auditivas de caráter urgente para se manter em segurança e evitando danos cognitivos e psicossociais.

A seleção e adaptação da prótese auditiva são de fundamental importância, pois próteses mal selecionadas e mal ajustadas podem ainda piorar o quadro audiológico do paciente.

À disposição para maiores esclarecimentos.

Cristina Mara de Castro  
Fonodologia/Audiologia  
CRF nº 3807



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MG-14.692.534 23/04/2003

MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA

ANTONIO CARDOSO DA SILVA  
TEREZINHA CARDOSO DA SILVA

SERRA DO CAMAPUA-MG 3/12/1964

CAS. LV-18B FL-70

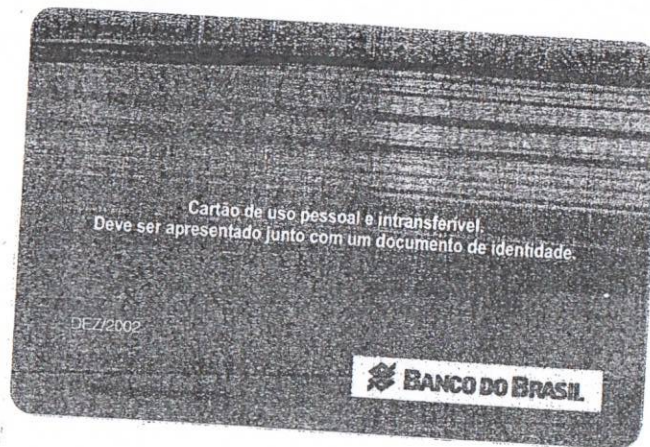
ENTRE RIOS DE MINAS-MG

CPF 072562616-08

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1 VIA



Sistema Único de Saúde

MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA

Data Nasc.: 03/12/1964 Sexo: F

700 4074 1798 8645

700 4074 1798 8645

EXQUE SAÚDE-136

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLE GAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

072.562.616-08

MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA

03/12/1964



Nome: Maria Aparecida Silva Ferreira

Sexo: ☒ Fem. ☐ Masc.

Data de Nasc: 03/12/1964

### ANAMNESE

Já realizou exame audiométrico anteriormente: ☐ Sim ☒ Não      Apresentou alteração: ☐ Sim ☐ Não ☐ OD ☐ OE

Meatoscopia: ☒ Normal ☐ Alterada ☐ OD ☐ OE      Repouso auditivo de 14h: ☒ Sim ☐ Não

Exposição a ruído laboral: ☐ Sim ☒ Não Tempo Total:      Dificuldade de Entender: ☒ Sim ☐ Não

Uso de EPI: ☒ Sim ☒ Não ☐ Tipo: ☐ Plug ☐ Abafador ☐ Ambos      Trauma cabeça/pescoço: ☐ Sim ☒ Não

Exposição a ruído extra laboral: ☐ Sim ☒ Não EPI ☐ Sim ☐ Não Tipo:      Problemas auditivos anteriores: ☒      Cirurgia otológica: ☐ Sim ☒ Não

Uso de medicamento de uso contínuo: Propandol, Isoniazida, Naproxeno, Rivotril, Sugero

Teve alguma das seguintes doenças diagnosticadas? ☐ Problemas Cardíacos

☒ Catapora ☐ Caxumba ☐ Meningite ☒ Hipertensão

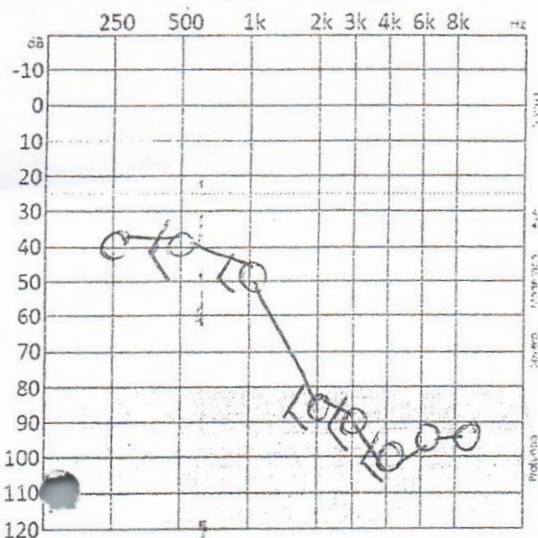
☒ Sarampo ☐ Rubéola ☐ Diabetes ☐ Problema cardíaco

Campos de perda auditiva na família: ☐ Sim ☒ Não      Impressão auditiva: ☐ Boa ☐ Regular ☒ Ruim

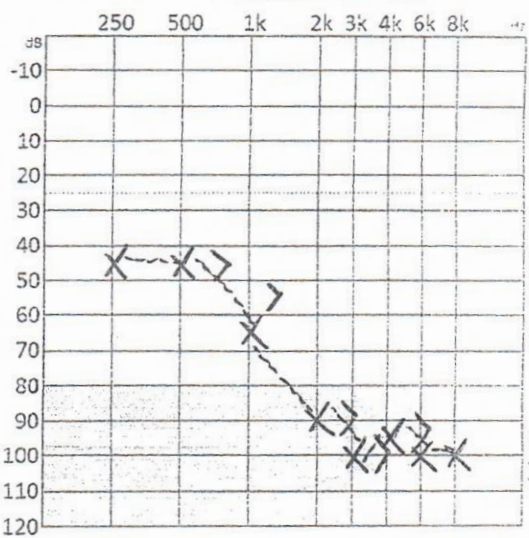
Apresenta Zumbido: ☒ Sim ☐ Não Frequência: Constante/Baixa Tontura/Vertigem: ☒ Sim ☐ Não

### PROTOCOLO DE AUDIOMETRIA

#### ORELHA DIREITA



#### ORELHA ESQUERDA



SINAIS CONVENCIONAIS	
<input type="checkbox"/>	VA OD
<input checked="" type="checkbox"/>	VA OE
<input type="checkbox"/>	VO OD
<input type="checkbox"/>	VO OE
<input type="checkbox"/>	VA OD Ausente
<input checked="" type="checkbox"/>	VA OE Ausente
<input type="checkbox"/>	VO OD Ausente
<input type="checkbox"/>	VO OE Ausente
<input type="checkbox"/>	VA OD mascarado
<input type="checkbox"/>	VA OE mascarado
<input type="checkbox"/>	VO OD mascarado
<input type="checkbox"/>	VO OE mascarado

Marca, modelo e calibração do audiômetro:  
**AD-90**  
**Auditec**  
**12/01/2021**

### LOGO AUDIOMETRIA

MD = 30 dB	LRF	MD = 73 dB
OD	95 dB	OE
	100 dB	

IPRF			
OD	36 %	OE	40 %

Observações: Sugiro o uso de Prótese Auditiva com urgência

LAUDO  
 Perda auditiva de grau leve a profundo em todas as frequências do tipo neurosensorial em OD. Perda auditiva de grau moderado a profundo em todas as frequências do tipo neurosensorial em OE.

Impedanciometria:

Patrícia Procópio  
 Fonoaudióloga  
 Patrícia Borges Passos Procópio  
 Fonoaudióloga  
 CRFa 3870 - MG

Cons. Lafaiete, 18/11/2021  
 Local/Data



NOTA DE EMPENHO

EO03473-

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

13/09/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 03473-000 Venc: 13/09/2021 Ficha: 00

Credor: 24616 - ANTONIO PADRE DA SILVA

CPF: 600.411.377-87

PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA ANGELITA FERNANDES OLIVEIRA, 46

PADRE VITOR - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 5.208,47 Valor do empenho...: R\$ 395,00

Saldo atual...: R\$ 4.813,47 Valor liquido.....: R\$ 395,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME DE ESTUDOS URODINAMICO, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 13/09/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Confirmo receb. do Material ou Servico. | Determino pagamento da presente despesa

Data: 15/09/2021

Data: 15/09/2021

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORREIA  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 395,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Municipio a importancia de R\$ 395,00 (TREZENTOS E NOVENTA E CINCO REAIS), referente a despesa acima mencionada.

02/15/100 / 2021

ANTONIO PADRE DA SILVA

Documento:

Recebedor:

Lancamento:

Banco: Brasil

Conta: 1094.4

Cheque: 850798



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais - CNPJ: 20.356.747/0001-94 - Telefone: (31) 3751-1232

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

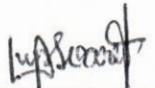



35  
18

( x ) Para Licitar - ( ) Efetivação de compras - ( x ) Recurso Próprio	<b>Ficha</b>	
( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Fonte</b>	<b>102</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde	
<b>Setor:</b>	Saúde	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exame de Estudo urodinâmico	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Antonio Padre da Silva	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	UN	Estudo Urodinâmico	R\$ 395,00	R\$395,00
Total:				R\$: 395,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 09/09/2021.	Requisição elaborada por: Ariana Aparecida de Resende
Memorando se houver:	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	( x ) Deferido - ( ) Indeferido
 Assinatura do Controle Interno	 Assinatura do Prefeito
	Protocolo N°: 1559, 15 09, 2021.
	 Responsável pelo Protocolo





CENTRO AVANÇADO EM UROLOGIA

**Sr Antonio Padre da Silva**  
78 anos

Solicitito

1- Estudo urodinâmico completo

HD> HPB – obstrução infravesical  
CID10> N40

*Dr. Walter Luiz Ribeiro Cabral*  
RQE Nº 21392 – Urologia

**Dr. Walter Luiz Ribeiro Cabral**

Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Urologia  
CRM-MG 31.708  
CRMMG 31.708



1 - 5111

2 - Continuar pelo WhatsApp

14:41

2 14:41 ✓✓

Perfeito! Sua solicitação foi direcionada para o setor de orçamento.  
Em breve, você será atendido.

14:41

Olá, boa tarde! Me chamo Karen, é um prazer atendê-lo. Com quem eu falo por gentileza? Peço desculpas pela demora no atendimento, estamos com um grande fluxo de pacientes nesta plataforma

16:46

Estudo Urodinâmico: R\$395,00.

16:46

Gostaria de realizar o agendamento?

16:47

Irei informar o valor ao paciente e o entro em contato amanhã

16:49 ✓✓

Obrigada

16:49 ✓✓

O Cedus agradece seu contato! Caso precise, estaremos à disposição.

Agora que encerramos, por favor, atribua uma nota de avaliação para o atendimento recebido:





CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
CNPJ 06.981.180/0001-16  
Inscr. Estadual 062.322.136.0007  
Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1  
Santo Agostinho - CEP 30.190-131  
Belo Horizonte - MG - Brasil

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Série: U1 NF: 306550512

Controle:

02.144/R4SODBB239/0079

Emissão: 16/06/2021 Impressão: 16/06/2021 11:50:57 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criado p  
Emissão autorizada pelo Regime Especial PTA Nº 45.000009762.37 - SEF/MG - Lei nº 10.438 de abril de 20

MARIA NOEME CRUZ SILVA

RUA ANGELITA FERN OLIVEIRA 46  
CS  
PADRE VICTOR  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
CEP: 35490-000

MEDIDOR Nº: ABN928022689

Nº DO CLIENTE: 700037090

Nº da Instalação	Subclasse	Class
3003627631	RESIDENCIAL	Residenc Monofás
Datas de Leitura		Modalidade Tarifá
Anterior	Atual	Próxima
04/05	16/06	15/07
Tarifa Convenc		

Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo
Energia Elétrica	30404	30478	1	74

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	74	0.99329561	73,4

Descrição	Valor R
Contrib. Custeio Ilum. Pública	8,0
Juros 1%am sobre conta 05/2021 pg 11/06/21	0,2
Correção IGPM sobre conta 05/2021 pg 11/06/21	1,1
Multa 2% sobre conta de 05/2021	0,9
Compensação FIC mensal - 04/2021	-0,6

TARIFAS APLICADAS (Sem Impostos)	
Energia Elétrica kWh	0,66749465
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)	
BANDEIRA VERMELHA P1	2,8
BANDEIRA VERMELHA P2	2,8

97140 85 61  
Pago 29/06/21  
Sicob - Angela - Apontando

RESERVADO AO FISCO 2CCB.22E2.A216.673E.2EC7.B2CA.20A9.D

REFERENTE A	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
JUN/2021	08/07/2021	R\$ 83,27
Base de Cálculo (R\$):		
ICMS	73,48	30,00
PASEP	51,44	0,71
COFINS	51,44	3,29
		Valor (R\$):
		R\$ 22,04
		R\$ 0,36
		R\$ 1,69

Histórico do Consumo				REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIO
Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/dia	Dias de Faturam.	
MAI/2021	50	1,78	28	
ABR/2021	60	1,81	33	
MAR/2021	60	2,00	30	
FEV/2021	57	2,03	28	
JAN/2021	69	2,09	33	
DEZ/2020	56	1,93	29	
NOV/2020	63	1,90	33	
OUT/2020	55	1,83	30	
SET/2020	53	1,82	29	
AGO/2020	59	1,78	33	
JUL/2020	49	1,68	29	
JUN/2020	49	1,68	29	

Informações Gerais  
MAI/2021 Band. Verm. P1 - JUN/2021 Band. Verm. P2  
Tarifa vigente conforme Res Aneel nº 2.877, de 25/05/2021.  
O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.  
É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da a exercida no local.  
Faça sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)  
Leitura realizada conf. calendário de faturamento.

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FACIL, RAPIDA E SEGURA.  
ACESSE AGORA [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)



CÓDIGO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

000036276319

VENCIMENTO

08/07/2021

TOTAL A PAGAR

R\$ 83,27

REFERENTE A: JUN/2021 Nº DA INSTALAÇÃO: 3003627631

83600000000-7 83270138001-2 22394116311-3 00036276319-5





## NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº: 2021/13430

Emitida em:  
11/10/2021 às 11:02:15Competência:  
11/10/2021Código de Verificação:  
a5e21afe39  
08

**CENTRO DIAGNOSTICO ULTRASON DE MEDICINA INTERNA GINEC**  
 CPF/CNPJ: 38.727.038/0001-33 Inscrição Municipal: 0381864/001-9  
 AVE BARBACENA, 836, Barro Preto - CEP: 30190-134  
 Belo Horizonte MG  
 Telefone: (31) 3235-5707 Email: nfe@cedus.com.br

## Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 600.411.377-87  
 ANTONIO PADRE DA SILVA

Inscrição Municipal: Não Informado

ANGELITA FERNANDES OLIVEIRA, 46, SANTA EFIGENIA - CEP: 35490-000  
 Entre Rios de Minas  
 Telefone: (31) 97140-8561

MG  
 Email:

## Discriminação do(s) Serviço(s)

PAGAMENTO DE EXAME(s) MÉDICO(s)  
 Paciente: ANTONIO PADRE DA SILVA,  
 Exame(s): URODINAMICA  
 Realizado no dia: 11/10/2021

## Código de Tributação do Município (CTISS)

0409-0/01-88 / Terapias de qualquer espécie destinadas ao tratamento físico, orgânico e mental, inclusive rpg, reiki, shiatsu, cromoterapia e outras.

## Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:

4.09 / Terapias de qualquer espécie destinadas ao tratamento físico, orgânico e mental.

## Cod/Município da incidência do ISSQN:

3106200 / Belo Horizonte

## Natureza da Operação:

Tributação no município

## Valor dos serviços:

R\$ 320,00

## Valor dos serviços:

R\$ 320,00

(-) Descontos:

R\$ 0,00

(-) Deduções:

R\$ 0,00

(-) Retenções Federais:

R\$ 0,00

(-) Desconto Incondicionado:

R\$ 0,00

(-) ISS Retido na Fonte:

R\$ 0,00

(=) Base de Cálculo:

R\$ 320,00

## Valor Líquido:

R\$ 320,00

(X) Alíquota:

3,00 %

(=) Valor do ISS:

R\$ 9,60



Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda

Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.

Dúvidas: SIGESP



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
20/10/2021 - Autoatendimento - 10:48:44  
204272315 0064

40  
/

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	PM ENTRE RIOS MINAS -PMDE
AGENCIA:	2042-7
CONTA:	1.094-4
VALOR *	75.00
NR. ENVELOPE	2.403.747.351

\* Acolhido em: 20/10/2021, na Agência 2042-7.

\*VALOR SUJEITO À CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope":  
Aplicativo BB / [www.bb.com.br](http://www.bb.com.br) / Caixa Eletronico  
Central de atendimento BB: 4003-0148  
(capitais e regioes metropolitanas)  
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informacoes.

*devolução do  
restante*

NOTA DE EMPENHO

EO03479-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

14/09/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 03479-000 Venc: 14/09/2021 Ficha: 00210

Credor: 24597 - WALDIR BATISTA SOARES

CPF: 637.839.598-53 PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA SAO VICENTE, 133

SAO VICENTE - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ...: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 4.813,47 Valor do empenho...: R\$ 890,00

Saldo atual...: R\$ 3.923,47 Valor liquido.....: R\$ 890,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME ULTRASON TRANSRETAL  
DA POSTATA COM BIOPSIA SOB ANESTESIA, CONFORME PEDIDO MEDICO E  
DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 14/09/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.  
Data: 16/09/2021

AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.  
Data: 16/09/2021

Visto: scocorua  
THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

Visto: scocorua  
JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 890,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao  
Municipal a importancia de R\$ 890,00 (OITOCENTOS E NOVENTA REAIS ),  
referente a despesa acima mencionada.

22 / 09 / 2021

Waldir Batista Soares  
WALDIR BATISTA SOARES

Documento: Brasil  
Banco: Brasil

Recebedor: 1094-4  
Conta: 1094-4 Cheque: 850800

Lancament





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



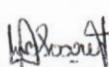
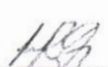


Estado de Minas Gerais - CNPJ: 20.356.747/0001-94 - Telefone: (31) 3751-1232

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input type="checkbox"/> Recurso Próprio				<b>Ficha</b>	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?				<b>Fonte</b>	<b>1.02</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>		Secretaria Municipal de Saúde			
<b>Setor:</b>		Saúde			
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>		Exame de ultrasson transretal			
<b>Destino do Material/Serviço:</b>		Paciente Waldir Batista Soares			
<b>Item</b>	<b>Quant.</b>	<b>Unid.</b>	<b>Especificação dos Materiais ou Serviços</b>	<b>Preço Unitário</b>	<b>Preço Total</b>
1	1	SV	Ultrasson transretal da próstata com biopsia sob anestesia	890,00	890,00

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 14/09/2021.	Requisição elaborada por:

<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: 3575, 36/109/2021.  Responsável pelo Protocolo

15/09/20

22/09

00:11:30

43/8

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - ENTRE RIOS DE MINAS



Nome: Valéria Belém de Jesus Idade: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Data: 03/09/21

SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

us tomada das mamas com biópsia les angulosas.

JUSTIFICATIVA: CA(?)

ASSINATURA / CARIMBO:

  
Dra. Franciele F. Oliveira Dutra  
**CRM-MG** 34980  
CONTROLE 2337754

890,00

OK!



Sobre

tfdsauade@entreriosdeminas.mg.gov.br

Roundcube



E-mail

Contatos

Configurações

[Voltar](#) [Criar email](#) [Responder](#) [Responde](#) [Encamin](#) [Excluir](#) [Mover](#) [Imprimir](#) [Spam](#) [Marcar](#) [Mais](#)

## Caixa de entrada

[Rascunhos](#)[Enviados](#)[Spam](#)[Lixeira](#)[Enviadas](#)[Lixeira](#)[Rascunhos](#)

Mensagem 1 de 2481

De **ultramedclinica ultramed** <ultramedclinica01@yah--- br  
Para **tfdsauade@entreriosdeminas.mg.gov.br** <tfdsauade@entrerios  
Data **Hoje 10:23**

Bom dia

Conforme solicitado, segue os valores cobrados para realização da Biópsia de Próstata dos pacientes Valdir Batista Soares e Vicente de Paulo Soares Resende. O valor de R\$ 500,00 é cobrado no consultório para a realização da coleta do material e da ultrassonografia. E o valor de R\$ 390,00 é cobrado no laboratório para análise do material.

Então, o valor total do exame é R\$ 890,00. O material o paciente mesmo que leva ao laboratório.

Att

Aline

CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
CNPJ 06.981.180/0001-16  
Inscr. Estadual 032.322136.0087  
A - Sãobaceana, 1200 - 17º Andar - Ala A1  
Belo Horizonte - MG - Brasil  
CEP 30.190-131  
Impressão: 10/08/2021 10:44:51 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.438 de abril de 2002

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica  
Série: U1 NF: 319965242

Controle:

02.144/R4SODBB897/0031

RIA DA GLORIA RIBEIRO  
NISTA  
A SAO VICENTE 133 CS A

O VICENTE  
RE RIOS DE MINAS - MG  
P: 35490-000

DIDOR N°: ABG069073183

Nº DO CLIENTE: 7004482036

Nº da Instalação 3007338417 Subclasse RESIDENCIAL Classe Residencial Monofásico

Datas de Leitura Anterior 08/07 Atual 10/08 Próxima 10/09 Modalidade Tarifária Tarifa Convencional

Informações Técnicas	Constante de Medição	Consumo kWh
Leitura Anterior 6183	1	0
Leitura Atual 6183		

VALORES FATURADOS  
Quantidade Preço Valor (R\$)  
22,32

ENCARGOS/COBRANÇAS  
Valor R\$  
21,60

TARIFAS APLICADAS (Sem Impostos)  
0,71297000  
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)  
2,96

DEIRA VERMELHA P2

594.862.876-00

Pág 1 de 1

SERVADO AO FISCO 51EB.0CBD.7124.BB5F.5505.D022.9336.2FE1

REFERENTE A VENCIMENTO VALOR A PAGAR  
AGO/2021 02/09/2021 R\$ 43,92

Base de Cálculo (R\$): Aliquota%: Valor (R\$):  
22,32 0,76 R\$ 0,16  
22,32 3,50 R\$ 0,78

Histórico do Consumo	Consumo kWh	Media kWh/dia	Dias de Faturam.	REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES
21	0	0,00	29	
21	0	0,00	26	
21	0	0,00	28	
21	0	0,00	31	
21	0	0,00	32	
21	0	0,00	28	
21	0	0,00	31	
20	0	0,00	29	
20	0	0,00	32	
20	125	4,16	30	
20	306	7,84	39	
20	109	3,51	31	

2021 Band. Verm. P2 - AGO/2021 Band. Verm. P2

vigente conforme Res Anel nº 2.877, de 25/05/2021.

amento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais es (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.

er do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade da local.

sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br) a realizada conf. calendário de faturamento.

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA E SEGURA.

ACESSE AGORA [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)

CÓDIGO DE DÉBITO AUTOMÁTICO 000073384174 VENCIMENTO \*\*\*/\*\*\*\* TOTAL A PAGAR \*\*\*\*\*  
REFERENTE A: AGO/2021 N° DA INSTALAÇÃO: 3007338417

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO É VÁLIDO PARA PAGAMENTO \*\*\*

Esse valor será somado à próxima conta sem multa. Caso queira, o código de barras para pagamento antecipado poderá ser solicitado em um Posto de Atendimento Presencial Cemig ou Central de Atendimento, telefone 116.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-20.599.776 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/11/2013

NOME WALDIR BATISTA SOARES

FILIAÇÃO JOSE MARTINS SOARES GENI BATISTA SOARES

NATURALIDADE ENTRE RIOS DE MINAS-MG DATA DE NASCIMENTO 11/07/1946

CAS. LV-19B FL-207

DOC. ORDEM ENTRE RIOS DE MINAS-MG

CPF 637839598-53

CPF LETICIA ALESSI MACHADO ROGÉDO ASSINATURA DO DIRETOR

PIC-2205 1. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Sistema Único de Saúde

WALDIR BATISTA SOARES

Data Nasc.: 11/07/1946 Sexo: M

703 4052 3142 0919

DISQUE SAUDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível. Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS



**HEMOLAB LABORATORIO DE PATOLOGIA CLINICA LTDA****CNPJ: 02.280.664/0001-87**

PROFESSOR MANOEL MARTINS,236 -CENTRO -36400110 CONSELHEIRO LAFAIETE

Inscrição Municipal: 1000023775

Telefone: 3764-6000 E-mail: central@hemolab.com.br

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS**

Nº da Nota:

**00007716 Série: E**

Data Emissão

23/09/2021

Data Lançamento

23/09/2021

Sub-Série

ELETRÔNICA



Prefeitura Municipal de Conselheiro Lafaiete/MG CNPJ: 19.718.360/0001-51

Av. Pref. Mário Rodrigues Pereira, 10, Centro CEP: 36400026 Telefone: 3137692582

E-mail: fiscal.fazenda@conselheirolafaiete.mg.gov.br

Secretaria Municipal de Fazenda

ISSQN Retido pelo Tomador: NÃO

Situação: Tributada

É responsabilidade do tomador de serviço verificar a autenticidade da Nota Fiscal Eletrônica no endereço eletrônico:

<http://www.conselheirolafaiete.mg.gov.br>

Código de Controle da Nota Fiscal: {9E9E6769-613F-4B86-9B2B-8252321C47DF}

**Destinatário - Tomador**

Nome ou Razão Social: VALDIR BATISTA SOARES

CPF/CNPJ:

637.839.598-53

Insc. Estadual:

Endereço:

RUA SÃO VICENTE,133 -CENTRO-35490000 ENTRE RIOS DE MINAS MG BRASIL

Telefone:

(31)98422835

E-mail:

ULTRAMEDCLINICA01@YAHOO.COM.BR

**Discriminação do(s) serviço(s)**

Aliq. %

Valor Total

BIOPSIA DE FRAGMENTOS DE PROSTRATA  
O.S. 001-66009-626

3,00

390,00

Deduções

**\*ESTE DOCUMENTO NÃO PODE CONTER RASURAS\***

Competência: 202109 - (Município Incidência: 3118304 - CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS)

Base Cálculo ISS

390,00

Valor do ISSQN

11,70

Valor da Nota Fiscal

390,00

Observações 86402.02-Laboratórios clínicos

Emitido por: CONTRIBUINTE em 23/09/2021 18:01

**Nota Fiscal nº:****00007716 Série: E**

Recebi(emos) de HEMOLAB LABORATORIO DE PATOLOGIA CLINICA LTDA, o(s) serviço(s) constante(s) na NOTA FISCAL DE SERVIÇOS Nº 00007716 Série : E

Código de Controle da Nota Fiscal: {9E9E6769-613F-4B86-9B2B-8252321C47DF}

CONSELHEIRO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



**UROCLINICA LTDA****CNPJ: 23.995.515/0001-74**

PREF. TELESFORO CANDIDO DE RESENDE, 100 SALA 701/702-CENTRO

-36400076

Inscrição Municipal: 1000032423

Telefone: 3137639827 E-mail: ultramedclinica01@yahoo.com.br

Optante Simples Nacional

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS**

Nº da Nota:

**00000555 Série: E**

Data Emissão

22/09/2021

Data Lançamento

22/09/2021

Sub-Série

**ELETRÔNICA**

Prefeitura Municipal de Conselheiro Lafaiete/MG CNPJ: 19.718.360/0001-51

Av. Pref. Mário Rodrigues Pereira, 10, Centro CEP: 36400026 Telefone: 3137692582

E-mail: fiscal.fazenda@conselhoirlafaiete.mg.gov.br

Secretaria Municipal de Fazenda

ISSQN Retido pelo Tomador: NÃO

Situação: Tributada

É responsabilidade do tomador de serviço verificar a autenticidade da Nota Fiscal Eletrônica no endereço eletrônico:

<http://www.conselheirolafaiete.mg.gov.br>

Código de Controle da Nota Fiscal: {3ED28F3C-95D5-4CA8-9FF6-12A39DD98638}

**Destinatário - Tomador**

Nome ou Razão Social: VALDIR BATISTA SOARES

CPF/CNPJ: 637.839.598-53

Insc. Estadual:

Endereço: RUA SÃO VICENTE, 133 -CENTRO-35490000 ENTRE RIOS DE MINAS MG BRASIL

Telefone: (31)98422835

E-mail: ULTRAMEDCLINICA01@YAHOO.COM.BR

**Discriminação do(s) serviço(s)**

Aliq. %

Valor Total

REFERENTE A ULTRASSONOGRRAFIA COM BIÓPSIA DA PRÓSTATA

3,00

500,00

Recebemos  
22/09/21  
Uroclínica  
UROCLINICA LTDA

Deduções

**\*ESTE DOCUMENTO NÃO PODE CONTER RASURAS\***

Competência: 202109 - (Município Incidência: 3118304 - CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS)

Base Cálculo ISS

500,00

Valor do ISSQN

15,00

Valor da Nota Fiscal

500,00

Observações 86402.07-Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética  
403-Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.:

Emitido por: CONTRIBUINTE em 22/09/2021 12:19

**Nota Fiscal nº:****00000555 Série: E**

Recebi(emos) de UROCLINICA LTDA, o(s) serviço(s) constante(s) na NOTA FISCAL DE SERVIÇOS Nº 00000555 Série : E

Código de Controle da Nota Fiscal: {3ED28F3C-95D5-4CA8-9FF6-12A39DD98638}

CONSELHEIRO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



**NOTA DE EMPENHO**

**EO02794-000**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

16/07/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 02794-000 Venc: 16/07/2021 Ficha: 00210

Credor: **15468 - JOAO VICENTE DOS SANTOS**

CPF: 429.106.506-00

PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: ACAIUABA, S/N

ZONA RURAL - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 4.426,07 Valor do empenho...: R\$ 590,00

Saldo atual...: R\$ 3.836,07 Valor liquido.....: R\$ 590,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA EXAME DE ULTRASSOM TRANSRETAL COM BIOPSIA DE PROSTATA, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 16/07/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

**L I Q U I D A C A O**

Confirmo receb. do Material ou Servico.

16 / 07 / 21

**A U T O R I Z O P A G A M E N T O**

Determino pagamento da presente despesa.

16 / 07 / 21

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 590,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao Municipal a importancia de R\$ 590,00 ( QUINHENTOS E NOVENTA REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

26 / 07 / 2021

João Vicente dos Santos  
JOAO VICENTE DOS SANTOS

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco: Banco

Conta: 1091.4

Cheque: 850737



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

ADM: 2017 - 2020

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input type="checkbox"/> Recurso Próprio				<b>Ficha</b>	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?				<b>Fonte</b>	<b>1.02</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>		Secretaria Municipal de Saúde			
<b>Sector:</b>		Saúde			
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>		Exame de ultrassom transretal			
<b>Destino do Material/Serviço:</b>		Paciente João Vicente dos Santos			
<b>Item</b>	<b>Quant.</b>	<b>Unid.</b>	<b>Especificação dos Materiais ou Serviços</b>	<b>Preço Unitário</b>	<b>Preço Total</b>
1	1	SV	Ultrassom transretal com biopsia de próstata	590,00	590,00

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 15/07/2021.		Requisição elaborada por:	
Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo		Assinatura do Prefeito	
Assinatura do Controle Interno		Protocolo N°: _____	
		Responsável pelo Protocolo	



# ORÇAMENTOS

50  
P

Foi realizado pela funcionaria Ariana Aparecida de Resende os seguintes orçamentos a baixo. As empresas passaram o valor pelo telefone e se comprometeram encaminhar posteriormente pelo email, porém não encaminharam até a data atual e devido o paciente estar precisando do resultado para começar o tratamento repassamos o valor informado pelo os mesmos.

- Cedus em Belo Horizonte – (31) 32985500 = R\$ 590,00
- Ekosom em Conselheiro Lafaiete – (31) 3764-5100 = R\$ 600,00
- São Joao Del Rei – (32) 3371-8359 = R\$ 880,00

CONTROLE E AVALIAÇÃO  
Secretaria Municipal de Saúde  
P.M. Entre Rios de Minas

Nazari filha - 9.7182.8355

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CONGONHAS - SUS / MG

PEDIDO DE EXAME

NOME:

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

João Viana dos Santos

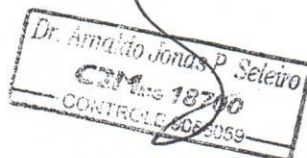
Ultrassom Transvaginal

Com Brotoide L  
presente nos  
anexos

DSO: 6.06

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CEM)  
SUS - CONGONHAS - MG

24/6/21



Data / Assinatura / Carimbo



# RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇO - RPS

Número do RPS:  
20553

Data e Hora de Emissão:  
16/08/2021 14:05:06

Série: E Tipo: 1



**CENTRO DIAGNOSTICO ULT DE MED INT G OBSTETRICIA LTDA**  
CPF/CNPJ: 38.727.038/0001-33 Inscrição Municipal: 0381864/001-9  
AVENIDA BARBACENA, 836, SANTO AGOSTINHO - CEP: 30190-131  
Belo Horizonte MG  
Telefone: (31) 3298-5500 Email: barropreto@cedus.com.br

## Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 429.106.506-00  
JOAO VICENTE DOS SANTOS  
CAIUABA, ZONA RURAL, ZONA RURAL - CEP: 35490-000  
Entre Rios de Minas  
Telefone: (31) 97182-8355

Inscrição Municipal: Não Informado

MG  
Email:

## Discriminação do(s) Serviço(s)

PAGAMENTO DE EXAME(s) MÉDICO(s)  
Paciente: JOAO VICENTE DOS SANTOS,  
Exame(s): US PROSTATA TRANSRETAL COM BIOPSIA ( COM SEDACAO )  
Realizado no dia: 14/08/2021

## Código de Tributação do Município (CTISS)

0409-0/01-88 / Terapias de qualquer espécie destinadas ao tratamento físico, orgânico e mental, inclusive rpg, reiki, shiatsu, cromoterapia e outras.

## Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:

4.09 / Terapias de qualquer espécie destinadas ao tratamento físico, orgânico e mental.

## Cod/Município da incidência do ISSQN:

3106200 / Belo Horizonte

## Natureza da Operação:

Tributação no município

Regime Especial de Tributação: 0

Valor dos serviços:	R\$ 830,00	Valor dos serviços:	R\$ 830,00
(-) Descontos:	R\$ 0,00	(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 0,00	(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00
(-) Retido na Fonte:	R\$ 0,00	(=) Base de Cálculo:	R\$ 830,00
Valor Líquido:	R\$ 830,00	(X) Alíquota:	3,00 %
		(=) Valor do ISS:	R\$ 24,90

## Outras Informações:

Este documento deverá ser convertido em Nota Fiscal Eletrônica de Serviços dentro do prazo previsto na legislação vigente.



**Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda**  
Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.  
Dúvidas: SIGESP



NOTA DE EMPENHO

E002758-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

12/07/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 02758-000 Venc: 12/07/2021 Ficha: 00210

Credor: 24530 - WILLIAN JEFERSON RIBEIRO VIANA

CPF: 134.480.446-28 PIS: CBO:

Tel: () -

Endereco: AV.SOCRATES MACHADO,845

CASTRO - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ...: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 4.880,02 Valor do empenho...: R\$ 800,00

Saldo atual...: R\$ 4.080,02 Valor liquido.....: R\$ 800,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE COLONOSCOPIA, CONFORME PEDIDO MEDICO A DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 12/07/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

13 / 07 / 21

AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.

13 / 07 / 21

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 800,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao municipal a importancia de R\$ 800,00 (OITOCENTOS REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

19 / 07 / 2021

WILLIAN JEFERSON RIBEIRO VIANA

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco: Brail

Conta: 80028 1094.4

Cheque: 850723





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2017 - 2020

Estado de Minas Gerais - CNPJ: 20.356.747/0001-94 - Telefone: (31) 3751-1232

54  
08

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input type="checkbox"/> Recurso Próprio				<b>Ficha</b>	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?				<b>Fonte</b>	1.02,
<b>Secretaria Requisitante:</b>		Secretaria Municipal de Saúde			
<b>Sector:</b>		Saúde			
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>		Exame de colonoscopia			
<b>Destino do Material/Serviço:</b>		Paciente Willian Jeferson Ribeiro Viana			
<b>Item</b>	<b>Quant.</b>	<b>Unid.</b>	<b>Especificação dos Materiais ou Serviços</b>	<b>Preço Unitário</b>	<b>Preço Total</b>
1	1	SV	Colonoscopia	800,00	800,00

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 06/07/2021.	Requisição elaborada por:

<p>Franklin William Ribeiro B. Soares Secretário Municipal de Saúde</p> <p><u>[Assinatura]</u> Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo</p>	<p>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Deferido - ( <input type="checkbox"/> ) Indeferido</p> <p><u>[Assinatura]</u> Assinatura do Prefeito</p>
<p><u>[Assinatura]</u> Assinatura do Controle Interno</p>	<p>Protocolo N°: <u>1293</u> . <u>13 107 2021</u></p> <p><u>[Assinatura]</u> Responsável pelo Protocolo</p>



PREFEITURA MUNICIPAL  
ENTRE RIOS DE MINAS

LAUDO MÉDICO  
DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE

ORIGEM	CÓDIGO / SIA	MUNICÍPIO
Nº PRONT.	CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO)	

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME	DATA NASCIMENTO	SEXO
William Jefferson Ribeiro Thana	26/12/1994	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
NOME DA MÃE DO PACIENTE	TELEFONE	
RUA / LOGRADOURO	Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO	
CEP	U. F.	Nº CONSULTA
CARTEIRA IDENTIDADE - Nº / ÓRGÃO EXPEDIDOR		

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

Paciente com dor abdominal difusa há 3 semanas, passou por internação e realizou exames (laboratoriais, TC, USG) sem atuação. Paciente refere que não há melhora da dor abdominal e há uma semana hematoqueia. Solicito com prioridade.

Franklin William Ribeiro S. Soares  
Secretário Municipal de Saúde

DIAGNÓSTICO INICIAL

Hemorragia gastrointestinal, sem outras especific.

CID  
K92.1-3

CLÍNICA SOLICITANTE

Clinica Médica

CÓDIGO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Colonoscopia

CÓDIGO

MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)

01/04/2021  
Mariana Maciel Resende  
Médica  
CRM 85128  
CONTROLE 2464799

CRM

CPF MÉDICO

85128116980216-82

04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO	MOTIVO		
<input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO			
<input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO			
DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CRM	





MUNICÍPIO DE ENTRE RIOS DE MINAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
RECEITUÁRIO SIMPLES



56  
64

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE.

NOME: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO:

PACIENTE: William Jefferson Ribeiro Gomes

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 01/07/21

Encaminho paciente  
ao gastroenterologista  
com urgência.

Mariana Maciel Resende  
Médica  
CRM-MG 86128  
CONTROLE 2454799

CARIMBO E ASSINATURA DO PRESCRITOR

Data 07/07/21

57  
08

Paciente: \_\_\_\_\_

Exame de Palmaroscopia Dr. Raphael  
Valor 800,00.

*[Assinatura]*

Médico - Carimbo e Assinatura

Pça. Cassiano Campolina, 821 - Centro - Entre Rios de Minas - CEP 35490-000

Tel. (31) 3751-1250 - CNPJ: 20.356.580/0001-61

E mail: [recepcao@hospitalcassianocampolina.com.br](mailto:recepcao@hospitalcassianocampolina.com.br)

[www.hospitalcassianocampolina.com.br](http://www.hospitalcassianocampolina.com.br)



ESTE RECEITUÁRIO É DE USO ÚNICO E EXCLUSIVO PARA O SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO





PREFEITURA MUNICIPAL  
ENTRE RIOS DE MINAS

LAUDO MÉDICO  
DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO

/

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE

ORIGEM: \_\_\_\_\_ CÓDIGO / SIA: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

Nº PRONT: \_\_\_\_\_ CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO): \_\_\_\_\_

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME: William Jefferson Ribeiro Lima DATA NASCIMENTO: 26/12/1999 SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.

NOME DA MÃE DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

RUA / LOGRADOURO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ U. F.: \_\_\_\_\_ Nº CONSULTA: \_\_\_\_\_ CARTEIRA IDENTIDADE - Nº / ÓRGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

Paciente com dor abdominal difusa há 3 semanas, passou por internação e realizou exames (laboratoriais, TC, USG) sem alteração. Paciente refere que não há melhora da dor abdominal e há uma semana hematoqueia. Solicito com prioridade.

*Franklin William Ribeiro Gomes*  
Secretário Municipal de Saúde

DIAGNÓSTICO INICIAL

Hemorragia gastrointestinal, sem etiol. específico.

CID: K92.0

CLÍNICA SOLICITANTE

Clínica médica

CÓDIGO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Colonoscopia

CÓDIGO

MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)

Mariana Maciel Resende

CRM

CPF MÉDICO

01/09/2021

Médica  
CRM-MG 85128  
CONTROLE 2464799

85128116980316-83

04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

SITUAÇÃO DO LAUDO: \_\_\_\_\_ PROCEDIMENTO AUTORIZADO: \_\_\_\_\_ DESTINO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

☐ AUTORIZADO

MOTIVO

☐ NÃO AUTORIZADO

☐ INCONCLUSIVO

DATA AUTORIZAÇÃO

MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)

CRM



59  
2

Sistema Único de Saúde

**WILLIAM JEFFERSON RIBEIRO VIANA**

Data Nasc.: 26/12/1994      Sexo: M

**706 5013 3966 5297**



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Denat-Saúde.  
**VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.**

SUS 

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



**POLEGAR DIREITO**



*William Jefferson Ribeiro Viana*

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG: 16-20.000.075      DATA DE EXPEDICÃO: 18/10/2011

NOME: **WILLIAM JEFFERSON RIBEIRO VIANA**

RENASCIMENTO: **SEBASTIAO VIANA 593-1**

ENDEREÇO: **EDINEIA DE OLIVEIRA RIBEIRO VIANA**

NATURALIDADE: **ENTRE RIOS DE MINAS MG**      DATA DE NASCIMENTO: **26/12/1994**

DOC. ORDEM: **NASC. IV-43 EL-111**

ENTRE RIOS DE MINAS MG

CPF: **134450448-28**

PII: 1406      **LETICIA ALESSI MAGNADO ROGEDO**      **L. VIA**

ASSINHA DE ADOPTOR

DATA: 16/08/2009





CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
CNPJ 08.981.180/0001-16  
Inscr. Estadual 062.322138.0087  
Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1  
Santo Agostinho - CEP 30.190-131

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica  
Série: 01 NF: 506591278

Controle:  
02.144/R4SODBB939/0086

Emissão: 16/06/2021 Hora: 16:08:24  
Emissão autorizada pelo Regime Especial/PTA Nº 45.000009762.37 - SEF/MG  
Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criado pela Lei nº 10.438 de abril de 2002

DINEIRA DE OLIVEIRA RIBEIRO  
VIANA  
AV SOCRATES MACHADO 845 CS  
CASTRO  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
CEP: 35490-000  
MEDIDOR Nº: AMJ198013159

Nº DO CLIENTE: 7003528078

Nº da Instalação	Subclasse	Remessa
3000395085	RESIDENCIAL	Monofásico
Dados de Leitura		
Anterior	Atual	Próxima
17/05	16/06	15/07
Modalidade Tarifária		
Tarifa Convencional		

Informações Técnicas				
Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo kWh
Energia Elétrica	6904	7201	1	297

VALORES FATURADOS			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	297	0.998251	296,46

ENCARGOS/COBRANÇAS		Valor R\$
Descrição		
Contrib.Custeio Ilum. Pública		20,11
Juros 1% am sobre conta 04/2021 pg 18/05/21		0,75
Correção IGPM sobre conta 04/2021 pg 18/05/21		1,10
Multa 2% sobre conta de 05/2021		5,35
Compensação FIC mensal - 04/2021		-6,88

TARIFAS APLICADAS(Sem Impostos)		
Energia Elétrica kWh	0,67082467	
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)		
BANDEIRA VERMELHA P1		8,57
BANDEIRA VERMELHA P2		14,70

CPF: 102.928.076-27

Pág 1 de 1

5C5B.AB9F.A787.7118.AA40.3923.EEB6.69C6  
RESERVADO AO FISCO

REFERENTE A JUN/2021		VENCIMENTO 08/07/2021	VALOR A PAGAR R\$ 316,89
Base de Cálculo (R\$):		Adicional:	R\$ 316,89
ICMS	207,52	0,71	R\$ 1,47
PASEP	207,52	3,29	R\$ 6,82
COFINS			
Histórico do Consumo			
Mês/Ano	kWh	kWh/dia	Dias de Faturam.
MAI/2021	275	9,16	30
ABR/2021	300	9,67	31
MAR/2021	271	9,67	28
FEV/2021	341	11,36	30
JAN/2021	385	11,66	33
DEZ/2020	381	13,13	29
NOV/2020	400	12,50	32
OUT/2020	410	13,66	30
SET/2020	390	13,00	30
AGO/2020	403	12,21	33
JUL/2020	321	11,46	28
JUN/2020	329	10,96	30
Mês/Ano		Valor(R\$)	Débitos que sujeitam ao corte:
Mês/Ano		Valor(R\$)	Prev.Corte
05/2021	295,83	30/06/2021	
A religação estará condicionada à inexistência de débitos vencidos na unidade consumidora			

MAI/2021 Band. Verm. P1 - JUN/2021 Band. Vermelha P1

Tarifa vigente conforme Res Anel nº 2.877, de 25/05/2021.

O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.

É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade exercida no local.

Faça sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)

Leitura realizada conf. calendário de faturamento.

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA E SEGURA.

ACESSE AGORA [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)



CÓDIGO DE DÉBITO  
AUTOMÁTICO  
000003950854

VENCIMENTO  
08/07/2021

TOTAL A PAGAR  
R\$ 316,89

REFERENTE A:


Nº DA INSTALAÇÃO:

83660000003-5 16890138000-1 83807936611-1 00003950854-4



61/2

<b>RECIBO</b>	Nº	VALOR	800,00
Recebi (emos) de <u>William Jefferson Ribeiro Ziana</u>			
a quantia de <u>Quarenta reais</u>			
Referente a <u>Odontoscopia realizada em sua</u>			
<u>perna</u>			
e para clareza firmo (amos) o presente.			
<u>Entre Rios de Minas</u> , 30 de <u>julho</u> de <u>2021</u>			
Assinatura _____			
Emitente _____			
CPF _____ RG _____			





**NOTA DE EMPENHO**

**EO02363-000**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

15/06/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num.: 02363-000 Venc: 15/06/2021 **Ficha: 00210**

Credor: **10000 - MARIA DAS GRACAS INACIO**

CPF: 036.216.656-09 PIS: 19027696473 CBO:

Tel: (00) 0000-0000

Endereco: RUA SUASSUI, 91 FUNDOS

CENTRO - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

**Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE**

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 6.718,27 Valor do empenho....: R\$ 600,00

Saldo atual....: R\$ 6.118,27 Valor liquido.....: R\$ 600,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME DE COLONOSCOPIA, CONFORME DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 15/06/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

**L I Q U I D A C A O**

Confirmo receb. do Material ou Servico.

16 / 06 / 21

**A U T O R I Z O P A G A M E N T O**

Determino pagamento da presente despesa.

16 / 06 / 21

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

**R E C I B O** R\$ 600,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao municipal a importancia de R\$ 600,00 (SEISCENTOS REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

23 / 06 / 21

MARIA DAS GRACAS INACIO

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco: Brasil

Conta: 1094-4

Cheque: 850706



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais - CNPJ: 20.356.747/0001-94 - Telefone: (31) 3751-1232

63  
1/2

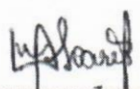
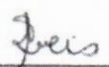
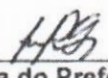

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

( x ) Para Licitar - ( ) Efetivação de compras - ( ) Recurso Próprio	<b>Ficha</b>	
( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Fonte</b>	102
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde	
<b>Sector:</b>	Saúde	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exame de colonoscopia	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Maria das Graças Inácio	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	UN	colonoscopia	600,00	600,00
Total:				R\$: 600,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 15/06/2021.	Requisição elaborada por:
Memorando se houver:	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	( X ) Deferido - ( ) Indeferido
 Assinatura do Controle Interno	 Assinatura do Prefeito
	Protocolo N°: 1167, 16/06/2021
	 Responsável pelo Protocolo





## **Endoscopy Center**

Endoscopia Digestiva Diagnóstica e Terapêutica

**Rua Tavares de Melo, N°555 – Centro –  
Conselheiro Lafaiete – MG**

**Tel: (31) 3721-3670/ (31) 3721-3467/**

**☎ (31)98464-8320 [endoscopysec@gmail.com](mailto:endoscopysec@gmail.com)**

### **Orçamento de colonoscopia com desconto de Secretaria de Saúde:**

- O exame é R\$600,00 com desconto da Secretaria de Saúde (este valor não emitimos nota fiscal);
- Caso tenha algum pólipó dependendo do tamanho é a partir de R\$250,00 reais;
- Se tiver biópsia e o paciente quiser que a clínica encaminhe o material para o paciente tem um custo de R\$60,00 cada frasco de biópsia;

Assunto **Orçamento**

De Consultório Médico &lt;consultoriomedicohcc@yahoo.com.br&gt;

Para tfdsaude@entreriosdeminas.mg.gov.br  
<tfdsaude@entreriosdeminas.mg.gov.br>

Data 2021-04-26 14:59



Prezada (O) segue orçamento do paciente José Antonio Marques Dos Santos.  
Colonoscopia digestiva dr Raphael  
valor R\$ 800,00


Atenciosamente,



HOSPITAL CASSIANO CAMPOLINA  
Maria da Consolação Diniz Abreu  
Setor Ambulatório  
Telefone: (31) 3751-1629  
Cel. Corporativo: (31) 98422-0377




 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS</b>		<b>LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO</b>		Nº DO LAUDO _____	
<b>01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE</b>					
ORIGEM		CÓDIGO / SIA		MUNICÍPIO	
Nº PROT.		CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA E CARIMBO)			


**SUS**  
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

<b>02 - DADOS DO PACIENTE</b>					
NOME			DATA NASCIMENTO		SEXO
MARIA DAS GRACAS BATISTA INACIO			/ /		<input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.
NOME DA MÃE DO PACIENTE			TELEFONE		
RUA / LOGRADOURO			Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO			MUNICÍPIO		
			ENTRE RIOS DE MINAS.		
CEP	U.F	Nº CONSULTA	CARTEIRA IDENTIDADE - Nº / ÓRGÃO EXPEDITOR		
35.490.000	MG				

<b>03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>	
JUSTIFICATIVA CLÍNICA	
PACIENTE APRESENTANDO HEMATOQUEZIA.	

DIAGNÓSTICO INICIAL		CID	
HEMATOQUEZIA A ESCLARECER.			
CLÍNICA SOLICITANTE		CÓDIGO	
CLÍNICA MÉDICA.			
PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO	
COLONOSCOPIA			
MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)		CRM	CPF MÉDICO
17/06/2004		 Dra. Franciele F. Oliveira Dutra CRM 8.980	84950105225666-50.

<b>04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS</b>							
SITUAÇÃO DO LAUDO		PROCESSAMENTO AUTORIZADO		DESTINO		CÓDIGO	
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO		MOTIVO					
DATA AUTORIZAÇÃO		MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)				CRM	
/ /							

RECIBO

Nº

VALOR

R\$ 600,00 \*

Recebi (emos) de

a quantia de

Referente a

e para clareza firmo (amos) o presente.

Assinatura

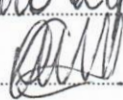
Nome

CPF / RG

Prefeitura de Entre Rios de Minas  
Novecentos reais

11  
ao exame de colonoscopia

Conselheiro Lapiele, 08 de julho de 2021



67  
08

SPD



NOTA DE EMPENHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

EO02328-000

11/06/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 02328-000 Venc: 11/06/2021 Ficha: 00210

Credor: 24482 - CLEMILDA CARDOSO DA SILVA

CPF: 075.387.346-00 PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA DESTERRO, 417

SENHOR DOS PASSOS - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa....: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ...: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 3.208,27 Valor do empenho...: R\$ 800,00

Saldo atual...: R\$ 2.408,27 Valor liquido.....: R\$ 800,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE CONSULTA COM CARDIOLOGISTA  
CONFORME AVALIACAO MEDICA E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 11/06/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

11 / 06 / 21

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa.

11 / 06 / 21

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 800,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao  
Municipal a importancia de R\$ 800,00 (OITOCENTOS REAIS ), referente a  
despesa acima mencionada.

22 / 06 / 2021

Clemilda Cardoso da Silva.

CLEMILDA CARDOSO DA SILVA

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco:

Brasil

Conta:

1094-4

Cheque:

800,00



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

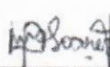
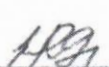


**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

( x ) Para Licitar - ( ) Efetivação de compras - ( x ) Recurso Próprio	<b>Ficha</b>	
( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Fonte</b>	102
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde	
<b>Sector:</b>	Saúde	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	consulta	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Clemilda Cardoso da Silva	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	SV	Consulta com cirurgião cardiologista	R\$ 800,00	R\$800,00
Total:				R\$ 800,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 08/06/2021.	Requisição elaborada por: Ariana Aparecida de Resende
Memorando se houver:	

( X ) Deferido - ( ) Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: <u>1135</u> <u>11.06.2021</u>  Responsável pelo Protocolo



HOSPITAL  
**IBIAPABA**  
CEBAMS

CENTRO BARBACENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL - UNIDADE HOSPITALAR IBIAPABA  
Rua Silva Jardim, 580 A - B. Boa Morle - Barbacena - MG - CEP 36201-004 - Tel.: (32) 3339-3500  
CNPJ: 19.557.487/0001-35 - www.ibiapaba.com.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS:

Barbacena, 10 de Maio de 2021

A Dra. Adriane Maria Damasceno Pinto,

Avaliamos o filme da paciente Clemilda Cardoso da Silva e sugerimos P.T.C.A. com implante de Stent farmacológico na CX, com tratamento clínico das demais lesões.

Agradecemos a confiança e estamos à disposição para discutir o caso.

Grato,

**Giancarlo Rabelo e Silva**  
Cardiologista Intervencionista  
CRM 28232

Dr. Giancarlo Rabelo e Silva

Assinatura do Médico/Carimbo

Ref.: 029



*Prefeitura Municipal de*  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2023

Estado de Minas Gerais

-

CNPJ: 20.356.747/0001-94

-

Telefone: (31) 3751-1232

11/08/2021

A paciente Clemilda Cardoso da Silva necessita com urgência de uma consulta com um cardiologista para realização de uma angioplastia, sendo assim foi solicitado o orçamento através do funcionário do TFD Carlos Magno com o Dr. Rodrigo Bernardes que é especialista em tal cirurgia.

O valor informado para o funcionário foi de 800,00.



**INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONÁRIAS DE MARIA IMACULADA**

AV. RAJA GABÁGLIA, 1002 - GUTIERREZ  
CEP 30430-142 - BELO HORIZONTE - MG  
FONE: (31) 3339-8000 - FAX: (31) 3339-8446  
CNPJ: 60.194.990/0008-44 - INSC. MUNICIPAL: 305.257/001-5  
E-mail: hmt@hmt.com.br

**FATURA Nº**

19025

1ª VIA CLIENTE

PARA USO DA  
INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

EMIÇÃO:

09 de junho de 2021

FATURA

DUPLICATA

VENCIMENTO

VALOR R\$

NÚMERO

VALOR R\$

NÚMERO

60,00

190252

FATURA DE SERVIÇOS

DESCONTO DE.....  
CONDIÇÕES ESPECIAIS:

ATÉ:

SACADO:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

PÇA. PAGTO:

CNPJ / CPF:

Clemilda Cardoso da Silva

Travessa Desterro nº417 - Senhor Dos Passos

Entre Rios de Minas/MG - CEP: 35490-000 - MINAS GERAIS

075.387.346-00

INSCR. ESTADUAL:

VALOR  
POR  
EXTENSO

(sessenta reais)

RECONHEÇO(EMOS) A EXATIDÃO DESTA FATURA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, NA IMPORTÂNCIA ACIMA, QUE  
PAGAREI(EMOS) AO I. P. M. I. HOSPITAL MADRE TERESA OU À SUA ORDEM, NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS

EM

DATA DO ACEITE

Emitido:vania.rocha - 1027

ASSINATURA DO SACADO

DESCRIÇÃO

UNIDADE

QUANTIDADE

VALOR R\$

SERVICOS HOSPITALARES

60,00

1

60,00

Total a pagar:

60,00

A quitacao da presente fatura somente ocorrera apos compensacao ou liquidacao  
dos documentos emitidos relacionados abaixo:

PARCELA(S):

No: 190252/1 - 60,00 - Vct.: 09/06/2021 -

Dinheiro - Valor(R\$): 60,00

No anexo "CONTA HOSPITALAR No.: 7657275" do paciente CLEMILDA CARDOSO DA SILVA

RECEBEMOS

BELO HORIZONTE, 09/06/2021

VANIA ROCHA  
IPMMI - HOSPITAL MADRE TERESA

OBSERVAÇÕES:



# RECIBO

Rua Juiz de Fora, 1.268 - Cj. 703/707  
Santo Agostinho - Belo Horizonte - MG  
30.180-061 - Telefax: (31) 3292-0832  
e-mail: cecc.bh@gmail.com

Recebi(emos) Clemilda Lardas da Silva 075387346-00  
a importância de 740,00 (setecentos e quarenta reais)

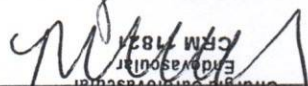
Referente aos honorários de consulta médica.

Data 09 junho de 2021

Nome: **Dr. Rodrigo de Castro Bernardes**

CPF 256 637 046 04

CRM - 11.821

  
Dr. Rodrigo de Castro Bernardes  
CRM 11.821  
Especialista em  
Cardiologia



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PII-1406/1

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-13.620.899 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/06/2001

NOME CLEMILDA CARDOSO DA SILVA

FILIAÇÃO ELIO MARTINS DA SILVA  
ANA MARIA CARDOSO SILVA

NATURALIDADE ENTRE RIOS DE MINAS-MG DATA DE NASCIMENTO 29/12/1970

DOC. ORIGEM CAS. LV-19B FL-314

ENTRE RIOS DE MINAS-MG

CPF

PII-1406

AUTORIDADE POLICIAL

INTELCAP 00016403

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

MAI/2003

BANCO DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

075.387.346-00

CLEMILDA CARDOSO DA SILVA

29/12/1970

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

CLEMILDA CARDOSO DA SILVA

Data Nasc.: 29/12/1970 Sexo: F

700 5043 2785 3259

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



**NOTA DE EMPENHO**

**EO02287-000**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

01/06/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 02287-000 Venc: 01/06/2021 **Ficha: 00210**

Credor: **08494 - JESUS ROGERIO DOS SANTOS**

CPF: 904.349.866-15

PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA JOAO CARDOSO DA CRUZ, 58

BRUMADENSE - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa....: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

**Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE**

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 4.308,27 Valor do empenho...: R\$ 1.100,00

Saldo atual...: R\$ 3.208,27 Valor liquido.....: R\$ 1.100,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME DE CATETERISMO, CONFORME DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE E PEDIDO MEDICO.

Autorizo o presente empenho

Data: 01/06/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

**L I Q U I D A C A O**

Confirmo receb. do Material ou Servico.

07/06/21

**A U T O R I Z O P A G A M E N T O**

Determino pagamento da presente despesa.

07/06/21

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

**R E C I B O** R\$ 1.100,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao municipal a importancia de R\$ 1.100,00 (UM MIL , CEM REAIS ), referente a pesa acima mencionada.

08/06/2021

JESUS ROGERIO DOS SANTOS

Documento:

Recebido:

Banco:

Brasil

Conta:

1094.4

Cheque:

850688

Lancament





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

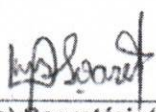


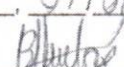
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

( x ) Para Licitar - ( ) Efetivação de compras - ( x ) Recurso Próprio	<b>Ficha</b>	
( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Fonte</b>	<b>102</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde	
<b>Setor:</b>	Saúde	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exame de cateterismo	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Jesus Rogério dos Santos	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	UN	Cateterismo	R\$ 1.100,00	R\$1.100,00
Total:				R\$: 1.100,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 28/05/2021.	Requisição elaborada por: Ariana Aparecida de Resende
Memorando se houver:	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	( X ) Deferido - ( ) Indeferido
 Assinatura do Controle Interno	 Assinatura do Prefeito
	Protocolo N°: <u>1102</u> , <u>07.06.2021</u>
	 Responsável pelo Protocolo



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
ENTRE RIOS DE MINAS

LAUDO MÉDICO  
DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE

01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE

ORIGEM	CÓDIGO / SIA	MUNICÍPIO
Nº PROT.	CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA E CARIMBO)	

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME	DATA NASCIMENTO	SEXO
José Roberto da Silva	04/02/1966	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
NOME DA MÃE DO PACIENTE	TELEFONE	
Maria da Conceição dos Santos	99672.4530	
RUA / LOGRADOURO	Nº	COMPLEMENTO
Rua João Cardoso da Cruz	58	Casa
BAIRRO	MUNICÍPIO	
Sapucaia	Entre Rios de Minas	
CEP	UF	Nº CONSULTA
35.490000	MG	
CARTEIRA IDENTIDADE - Nº / ÓRGÃO EXPEDITOR		
MG. 3.627.559		

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

Trata-se de paciente de 55 anos, hipertenso, dislipidêmico, obidamente coronariopata com angioplastia prévia (12-2006), evolui com angina recentemente e progressiva. Novo Teste Ergométrico revela isquemia miocárdica.

Franklin William Ribeiro S. Soares  
Secretário Municipal de Saúde

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID	
DAC	I25.0	
CLÍNICA SOLICITANTE	CÓDIGO	
Cardiologia		
PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO	
Cateterismo Cardíaco		
MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)	CRM	CPF MÉDICO
5/05/2007	Dr. Humberto Fernandes Santos CARDIOLOGIA CRM 41183 - RQE 42017 CONTROLE DE QUALIDADE	4111830358450910-910

04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCESSAMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO	MOTIVO		
<input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO			
<input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO			
DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CRM	



**DR. HUMBERTO FERNANDES SANTOS**  
ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA PELA SBC / AMB - RQE 42017  
ECG - MAPA - HOLTER - TESTE ERGOMÉTRICO - RISCO CIRÚRGICO

CRMMG 41183

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

**PACIENTE:** JESUS ROGÉRIO DOS SANTOS

**SOLICITO:**

**URGENTE**

**1) CINEANGIOCORONARIOGRAFIA D/E COM VENTRICULOGRAFIA**

**INDICAÇÃO:** PACIENTE DE 55 ANOS, HIPERTENSO, DISLIPIDÊMICO, SABIDAMENTE CORONARIOPATA COM ANGIOPLASTIA PRÉVIA (EM 12-2006), APRESENTA NOVO COM TESTE ERGOMÉTRICO POSITIVO PARA ISQUEMIA E ANGINA RECORRENTE E PROGRESSIVA.

*Entre Rios de Minas – MG, 24 de maio de 2021*

**Dr. Humberto Fernandes Santos**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS - 11-1400

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

*Jesus Rogério dos Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-3.627.559 DATA DE EMISSÃO 23/04/2014

JESUS ROGERIO DOS SANTOS

FILIAÇÃO ANTONIO JOSE DOS SANTOS

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS DATA DE NASCIMENTO

ENTRE RIOS DE MINAS-MG 4/2/1966

COC.ORIGEM CAS. LV-19B FL-441

ENTRE RIOS DE MINAS-MG

CPE 904349866-15

LETÍCIA ALESSI MACHADO ROGÊDO ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

*Jesus Rogério dos Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR JESUS ROGERIO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 04/02/1966 Nº INSCRIÇÃO 133234102/56 ZONA 106 SEÇÃO 0080

MUNICÍPIO / UF ENTRE RIOS DE MINAS / MG DATA DE EMISSÃO 15/04/88

JUIZ ELEITORAL

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

JESUS ROGERIO DOS SANTOS

Data Nasc.: 04/02/1966 Sexo: M

700 0056 5366 9606

DISQUE SAÚDE 136

SUS

CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.

CHPJ 06.981.180/0001-16

Inscr. Estadual 062.322136.0087

Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1

Santo Agostinho - CEP 30.190-131

Belo Horizonte - MG - Brasil

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Série: U1 NF: 273159875

Controle: 02.144/R4SODBB239/0038

Emissão: 08/02/2021 Impressão: 08/02/2021 09:39:12 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criado pela

Emissão autorizada pelo Regime Especial PTA Nº 45000009/02-37 - SEI/MG Lei Nº 10.438 de abril de 2002

JESUS ROGERIO DOS SANTOS

RUA JOAO CARDOSO DA CRUZ 58 CS

SAPUCAIA

ENTRE RIOS DE MINAS - MG

CEP: 35490-000

MEDIDOR Nº: AMHT95133289

Informações de Faturamento

Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo kWh
Energia Elétrica	705	795	1	90

VALORES FATURADOS

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	90	0,94611397	85,12

ENCARGOS/COBRANÇAS

Descrição	Valor R\$
Atualiz. Financ. Rest. - IGPM	-0,11
Compensação DMIC - 02/2020	-0,64



# CLÍNICA MEDINCOR

PRAÇA CASSIANO CAMPOLINA, 86, CENTRO. ENTRE RIOS DE MINAS  
3751 - 1197

80  
P

## Teste Ergométrico

Exame: 57  
RG:

Nome: JESUS ROGÉRIO DOS SANTOS

CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Pront.:

Data: 24/05/2021 15:12:12

### Identificação do Paciente

Exame: 57

Data: 24/05/2021

Hora: 15:04:58

Nome: JESUS ROGÉRIO DOS SANTOS

Sexo: Masculino

Convênio: PARTICULAR

Data de Nascimento: 04/02/1966

Prontuário:

Endereço:

Cidade: ENTRE RIOS DE MINAS

Estado: MG

CEP:

Telefone Res.:

Telefone Trab.:

# CLÍNICA MEDINCOR

PRAÇA CASSIANO CAMPOLINA, 86, CENTRO. ENTRE RIOS DE MINAS  
3751 - 1197

8/10

## Teste Ergométrico

### Dados do Avaliado

Exame: 57	Data: 24/05/2021	Hora: 15:04:58
Nome: JESUS ROGÉRIO DOS SANTOS		Idade: 55 anos
RG:	CPF:	
Convênio: PARTICULAR		Estatura: 163 cm
Prontuário:	Peso: 79 kg	FC máx: 165 bpm
Sexo: Masculino	Indivíduo: Sedentário	FC submáx: 140 bpm

### Anamnese

Indicação Clínica: AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

Solicitante: DR. HUMBERTO FERNANDES SANTOS

Antecedentes Cardíacos e Cardiovasculares:

Assintomático: Sim

Revasc. Miocárdio: Não

Cinecoronariografia: Sim

Valvopatia: Não

Infarto do Miocárdio: Não

Precordialgia: Típica

Avaliação Clínica Inicial:

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

Medicamentos:

MONOCORDIL, NAPRIX A, AAS, ZETIA

Fatores de Risco Pessoais:

Diabetes: Não

Hipertensão: Sim

Obesidade: Não

Tabagismo: Não

Dislipidemia: Sim

Estresse: Não

Fatores de Risco Familiar:

Ergômetro: Esteira

Protocolo: Rampa

### Cálculos Básicos

Duração da Prova: 00:04:41 (hh:mm:ss)	FC máx.: 123 bpm	PAS máx.: 170 mmHg
Distância Percorrida: 0,25 km		PAS pré-esf.: 130 mmHg
VO2 máx.: 34,53 ml/kg min	Aptidão Cardiorespiratória: Boa (AHA)	
Grupo Funcional: I (NYHA)		
Resposta da Pressão Arterial Sistólica: Fisiológica		
Resposta da Pressão Arterial Diastólica: Fisiológica		

### Cálculos Estendidos

Déficit Cronotrópico: 25,5 %	Déficit Funcional de VE: 36,7 %	
FAI: -3,6 %	MAI: 30,8 %	
Reserva Cronotrópica: 36 bpm		Varição da PAS: 4,1 mmHg/MET
MVO2 máx.: 22,97 ml O2 100g VE/min		Varição da PAD: 0 mmHg/MET



# CLÍNICA MEDINCOR

PRAÇA CASSIANO CAMPOLINA, 86, CENTRO. ENTRE RIOS DE MINAS  
3751 - 1197

## Teste Ergométrico

Exame: 57  
RG:

Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS  
CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Pront.:  
Data: 24/05/2021 15:12:12

### Resultados Avaliados X Previstos

Medida	Avaliado	Previsto
FC máxima [bpm]	123	165
Débito Cardíaco [l/min]	17,86	17,15
Débito Sistólico [ml/sist]	145,2	92,04
DP máximo [bpm mmHg]	20910	33029
MET máximo [MET]	9,87	9,52

### Tabela de Registros

Estágio	Tempo [mm:ss]	FC [bpm]	STJ [mV]	STY [mV]	IncST [mV/s]	AmpR [mV]	VO2 [ml/kg min]	MET [MET]
Em Pé	00:00	87	0,05	0,12	0,75	1,33		
3,0 Km/h 13,5 %	02:00	119	-0,09	0,01	1,25	1,51	20,65	5,90
4,0 Km/h 17,5 %	04:00	123	-0,28	-0,14	1,75	1,70	31,17	8,91
4,3 Km/h 18,5 %	04:38	123	-0,30	-0,12	2,25	1,67	34,53	9,87
Recuperação	00:06	124	-0,27	-0,12	1,88	1,74		
Recuperação	00:15	123	-0,28	-0,12	2,00	1,76		
Recuperação	01:00	107	-0,16	-0,06	1,19	1,73		
Recuperação	02:00	97	-0,06	0,03	1,19	1,65		
Recuperação	03:00	85	-0,03	0,01	0,44	1,51		
Recuperação	04:00	93	0,01	0,04	0,31	1,34		

### Tabela de Registros de Pressão

Estágio	Tempo [mm:ss]	PAS [mmHg]	PAD [mmHg]	FC [bpm]	DP [bpm mmHg]
Em Pé	00:00	130	90	87	11310
3,0 Km/h 13,5 %	02:00	160	90	119	19040
4,0 Km/h 17,5 %	04:00	170	90	123	20910
4,3 Km/h 18,5 %	04:38	170	90	123	20910
Recuperação	00:06	170	90	124	21080
Recuperação	00:15	170	90	123	20910
Recuperação	01:00	160	90	107	17120
Recuperação	02:00	160	90	97	15520
Recuperação	03:00	150	90	85	12750
Recuperação	04:00	140	90	93	13020

# CLÍNICA MEDINCOR

PRAÇA CASSIANO CAMPOLINA, 86, CENTRO. ENTRE RIOS DE MINAS  
3751 - 1197

83/18

## Teste Ergométrico

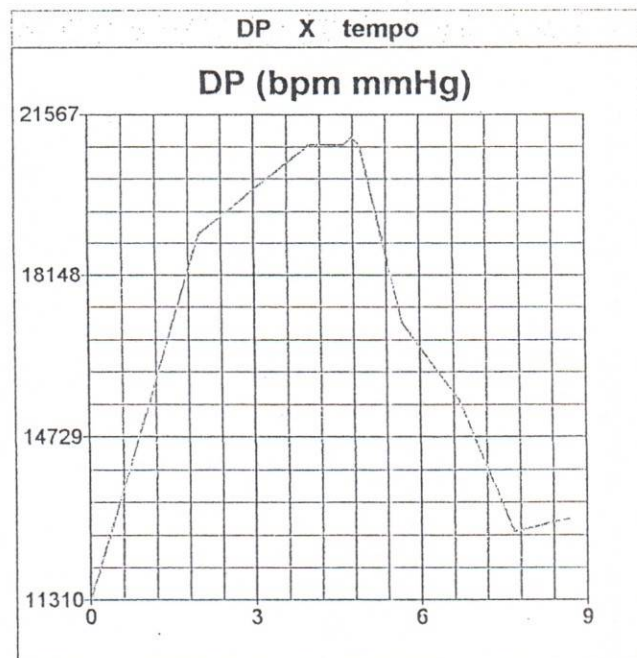
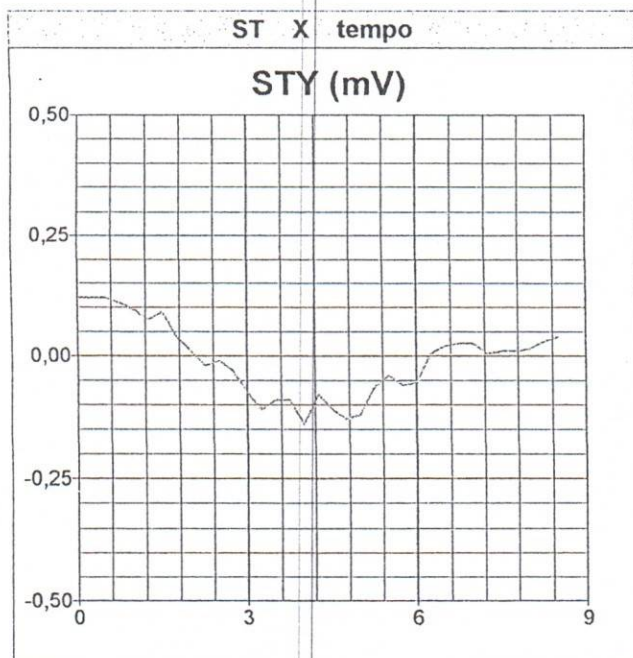
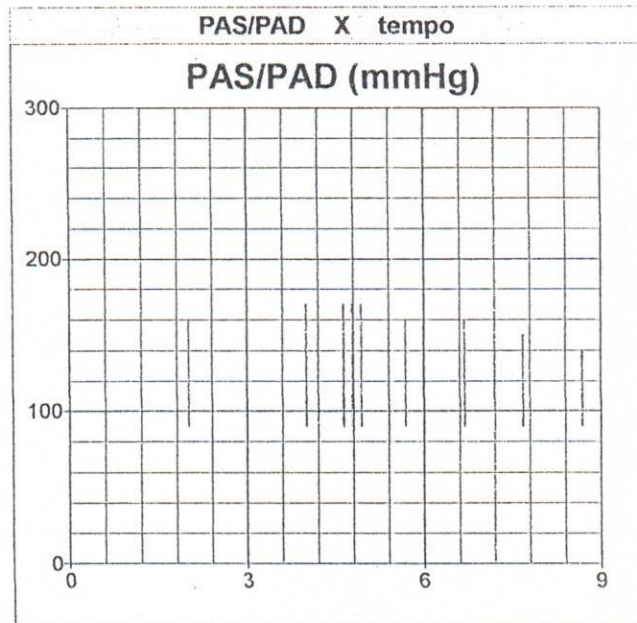
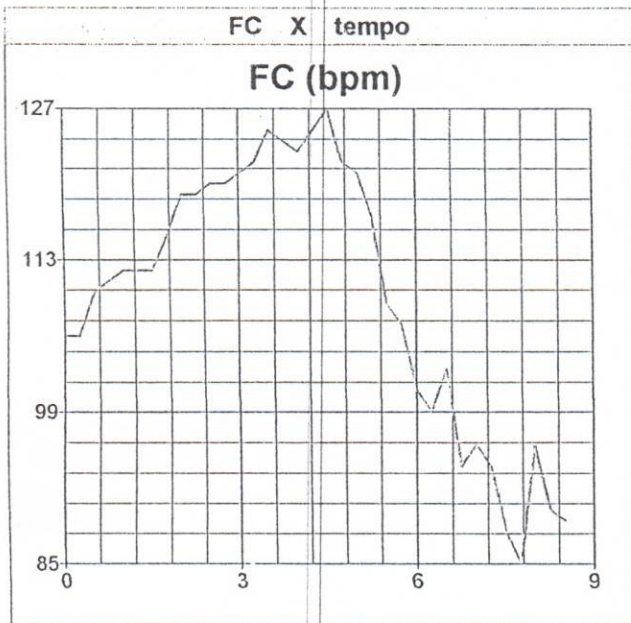
Exame: 57  
RG:

Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS  
CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Pront.:  
Data: 24/05/2021 15:16:06

### Gráficos





# CLÍNICA MEDINCOR

PRAÇA CASSIANO CAMPOLINA, 86, CENTRO. ENTRE RIOS DE MINAS  
3751 - 1197

## Teste Ergométrico

Exame: 57  
RG:

Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS  
CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Pront.:  
Data: 24/05/2021 15:16:06

### Laudos

#### Crítérios Clínicos

Exame realizado no protocolo de RAMPA, com incrementos progressivos na velocidade e inclinação, **NÃO alcançando a FC submáxima** prevista para a idade. **Vel. inicial = 2,0 Km/h e Incl.inicial = 10% e Vel. final = 4,3 Km/h e Incl. final de 19%.** Boa adaptação ao ergômetro.

Traçado eletrocardiográfico de boa qualidade durante todo o exame, permitindo a análise do STs em todas as fases.

O paciente **apresentou sintomatologia de insuficiência coronariana, com precordialgia típica, a partir 3º minuto de esforço, piorando no 4º minuto.**

#### Comentários do ECG de Repouso e no Pré-Esforço

Ritmo sinusal. Dentro dos limites da normalidade.

#### Comentários do ECG durante o esforço

**Alterações significativas do segmento ST em relação ao repouso, com infradesnívelamento do STs em CM5, com mais de 1,5 mm da junção PQ. A precordialgia iniciou no 3º minuto e piorou no 4º minuto.**

#### Comentários do ECG durante a recuperação

**Alterações significativas do segmento ST em relação ao repouso, com infradesnívelamento do STs em CM5, com mais de 1,5 mm da junção PQ até o final do 1º minuto da recuperação passiva. A precordialgia cessou após o 2º minuto da recuperação.**

#### Conclusão

O paciente **não apresentou** critérios hemodinâmicos, **mas apresentou critérios clínicos e eletrocardiográficos para isquemia miocárdica.**

Não apresentou broncoespasmo no esforço e na recuperação.

Não apresentou arritmias complexas.

Comportamento normal da Pressão Arterial e da FC.

**BOA aptidão cardiorrespiratória, superando o VO2 Máx previsto.**

Dr. Humberto Fernandes Santos  
CRM 41183 - RQE 42017  
CONTROLE 9121790

DR. HUMBERTO FERNANDES SANTOS  
CRM: 41183

# CLÍNICA MEDINCOR

PRAÇA CASSIANO CAMPOLINA, 86, CENTRO. ENTRE RIOS DE MINAS  
3751 - 1197

85/10

## Teste Ergométrico

### Dados do Avaliado

Exame: 57	Data: 24/05/2021	Hora: 15:04:58
Nome: JESUS ROGÉRIO DOS SANTOS		Idade: 55 anos
RG:	CPF:	
Convênio: PARTICULAR		Estatura: 163 cm
Prontuário:	Peso: 79 kg	FC máx: 165 bpm
Sexo: Masculino	Indivíduo: Sedentário	FC submáx: 140 bpm

### Programa de Condicionamento Físico

Programa de caminhada para pessoas com capacidade cardio-respiratória  
acima de 25,0 ml / kg / min

Etapa (uma a duas semanas)	Distância (metros)	Tempo (min)	Frequência (vezes / sem)
1	3200	40	5
2	3600	45	5
3	4000	50	5
4	4400	47	5
5	4800	51	4 - 5
6	4800	45	4 - 5
7	5200	49	4 - 5
8	5600	53	3 - 5
9	5600	49	3 - 5

#### Observações:

- 1) Este programa só deverá ser utilizado mediante aprovação do médico.
- 2) O programa não se destina à preparação de atletas, mas, sim, à obtenção de um condicionamento mínimo ideal.



Exame: 57

Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS

Pront.:

RG:

CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Data: 24/05/2021 15:06:59

Pré-Esf. 00:00

Em Pé

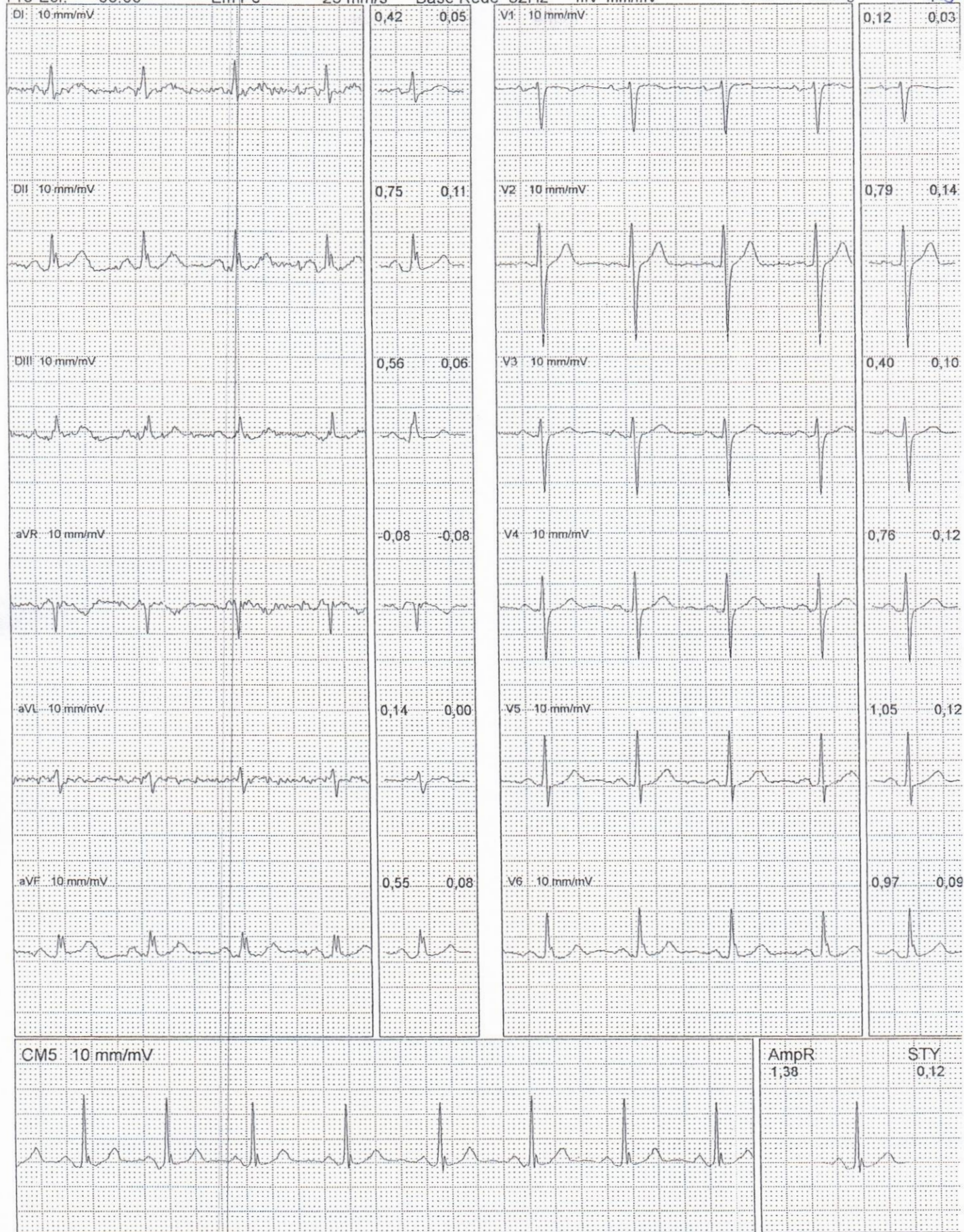
25 mm/s

Base Rede 32Hz

Unidades:  
mV mm/mV

130/90 mmHg

87 bpm





Exame: 57

Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS

Pront.: 87

RG:

CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Data: 24/05/2021 15:09:25

Esf. 02:00 3,0 Km/h 13,5 % 25 mm/s Base Rede 32Hz Unidades: mv mm/mV

160/90 mmHg 119 bpm

CM5 10 mm/mV 1,51  
0,01

	DI	DII	DIII
AmpR	0,49	0,79	0,34
STY	0,10	0,06	-0,05

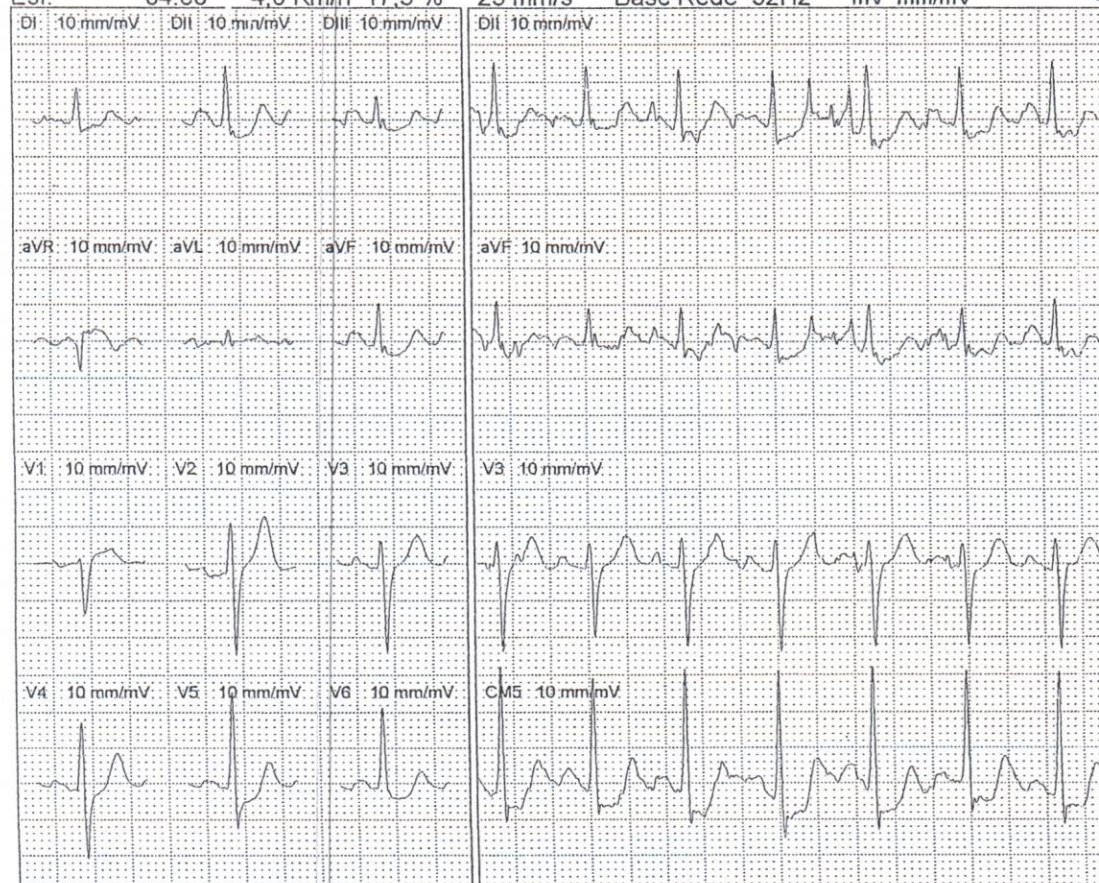
	aVR	aVL	aVF
AmpR	0,13	0,14	0,56
STY	0,11	0,05	0,01

	V1	V2	V3
AmpR	0,13	0,97	0,46
STY	0,10	0,27	0,12

	V4	V5	V6
AmpR	0,94	1,21	0,98
STY	0,09	0,05	0,02

Esf. 04:00 4,0 Km/h 17,5 % 25 mm/s Base Rede 32Hz Unidades: mv mm/mV

170/90 mmHg 123 bpm

CM5 10 mm/mV 1,70  
-0,14

	DI	DII	DIII
AmpR	0,49	0,82	0,37
STY	0,02	-0,05	-0,05

	aVR	aVL	aVF
AmpR	-0,04	0,17	0,59
STY	0,14	0,04	-0,05

	V1	V2	V3
AmpR	0,09	0,72	0,37
STY	0,18	0,43	0,19

	V4	V5	V6
AmpR	0,96	1,36	1,14
STY	0,16	-0,04	-0,06



Exame: 57

Nome: JESUS ROGÉRIO DOS SANTOS

Pront.:

RG:

CPF:

Nasc.: 04/02/1966

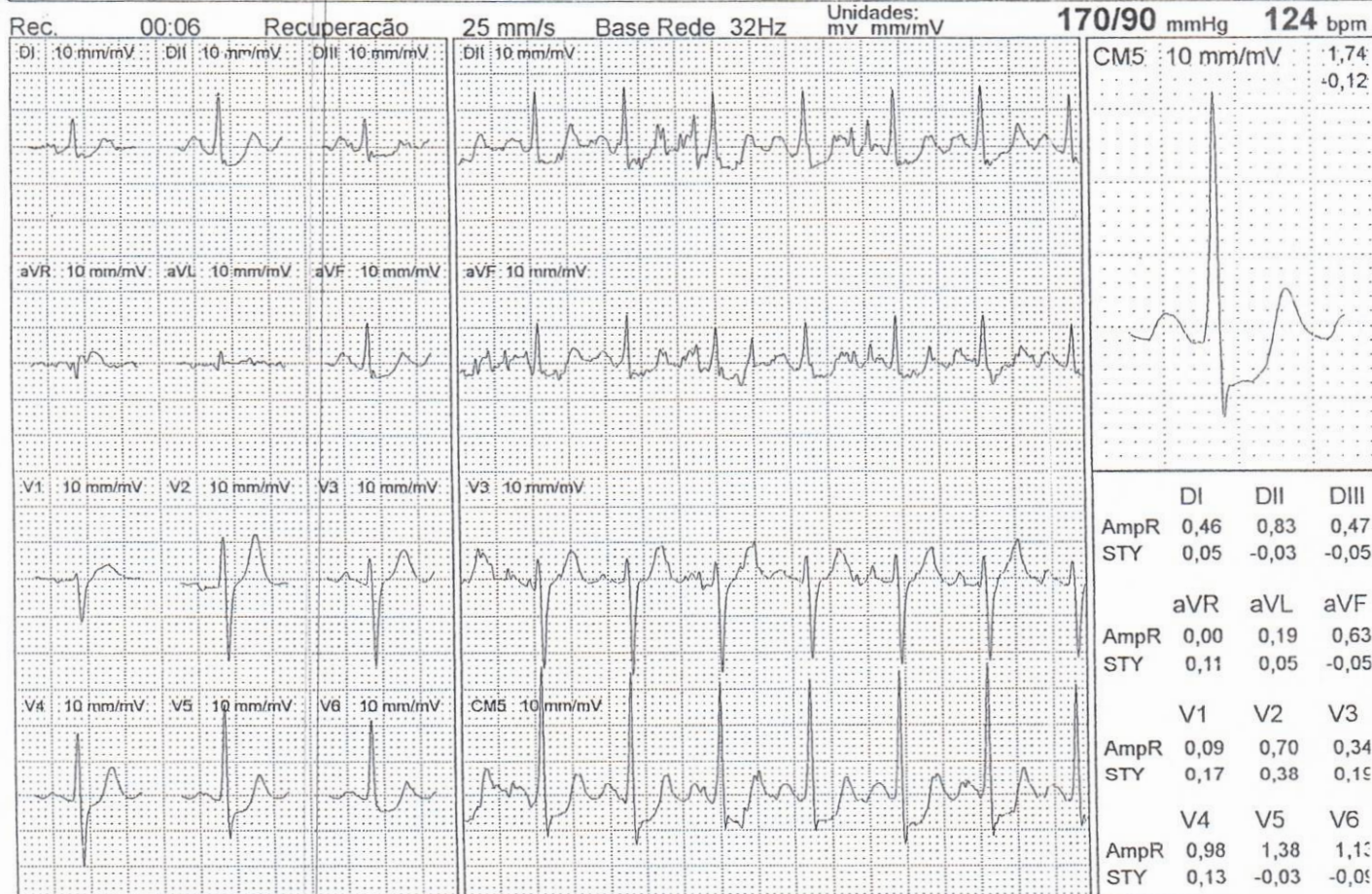
Data: 24/05/2021 15:12:04

Esf. 04:38 4.3 Km/h 18.5 % 25 mm/s Base Rede 32Hz Unidades: mv mm/mV

170/90 mmHg 123 bpm



RELATOU PRECORDIALGIA









Exame: 57

Nome: JESUS ROGÉRIO DOS SANTOS

RG:

CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Data: 24/05/2021 15:14:06

Pront.:

Rec. 02:00

Recuperação

25 mm/s

Base Rede 32Hz

Unidades:  
mv mm/mV

160/90 mmHg

97 bpm

DI 10 mm/mV DII 10 mm/mV DIII 10 mm/mV

DII 10 mm/mV

CM5 10 mm/mV 1,65

0,03

aVR 10 mm/mV

aVL 10 mm/mV

aVF 10 mm/mV

aVF 10 mm/mV

V1 10 mm/mV

V2 10 mm/mV

V3 10 mm/mV

V3 10 mm/mV

V4 10 mm/mV

V5 10 mm/mV

V6 10 mm/mV

CM5 10 mm/mV

	DI	DII	DIII
AmpR	0,47	0,84	0,4
STY	0,05	0,04	0,01

	aVR	aVL	aVF
AmpR	0,20	0,17	0,63
STY	0,14	0,02	0,03

	V1	V2	V3
AmpR	0,13	0,77	0,40
STY	0,09	0,25	0,18

	V4	V5	V6
AmpR	0,99	1,33	1,15
STY	0,16	0,06	0,02

A PRECORDIALGIA CESSOU

Rec. 03:00

Recuperação

25 mm/s

Base Rede 32Hz

Unidades:  
mv mm/mV

150/90 mmHg

85 bpm

DI 10 mm/mV DII 10 mm/mV DIII 10 mm/mV

DII 10 mm/mV

CM5 10 mm/mV 1,51

0,01

aVR 10 mm/mV

aVL 10 mm/mV

aVF 10 mm/mV

aVF 10 mm/mV

V1 10 mm/mV

V2 10 mm/mV

V3 10 mm/mV

V3 10 mm/mV

V4 10 mm/mV

V5 10 mm/mV

V6 10 mm/mV

CM5 10 mm/mV

	DI	DII	DIII
AmpR	0,41	0,75	0,34
STY	0,04	0,04	0,00

	aVR	aVL	aVF
AmpR	0,12	0,09	0,55
STY	0,10	0,01	0,02

	V1	V2	V3
AmpR	0,16	0,77	0,38
STY	0,08	0,16	0,10

	V4	V5	V6
AmpR	0,86	1,20	1,09
STY	0,06	0,03	0,03



Exame: 57  
RG:

Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS  
CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Pront.: 24/05/2021 15:16:06

Rec: 04:00

Recuperação

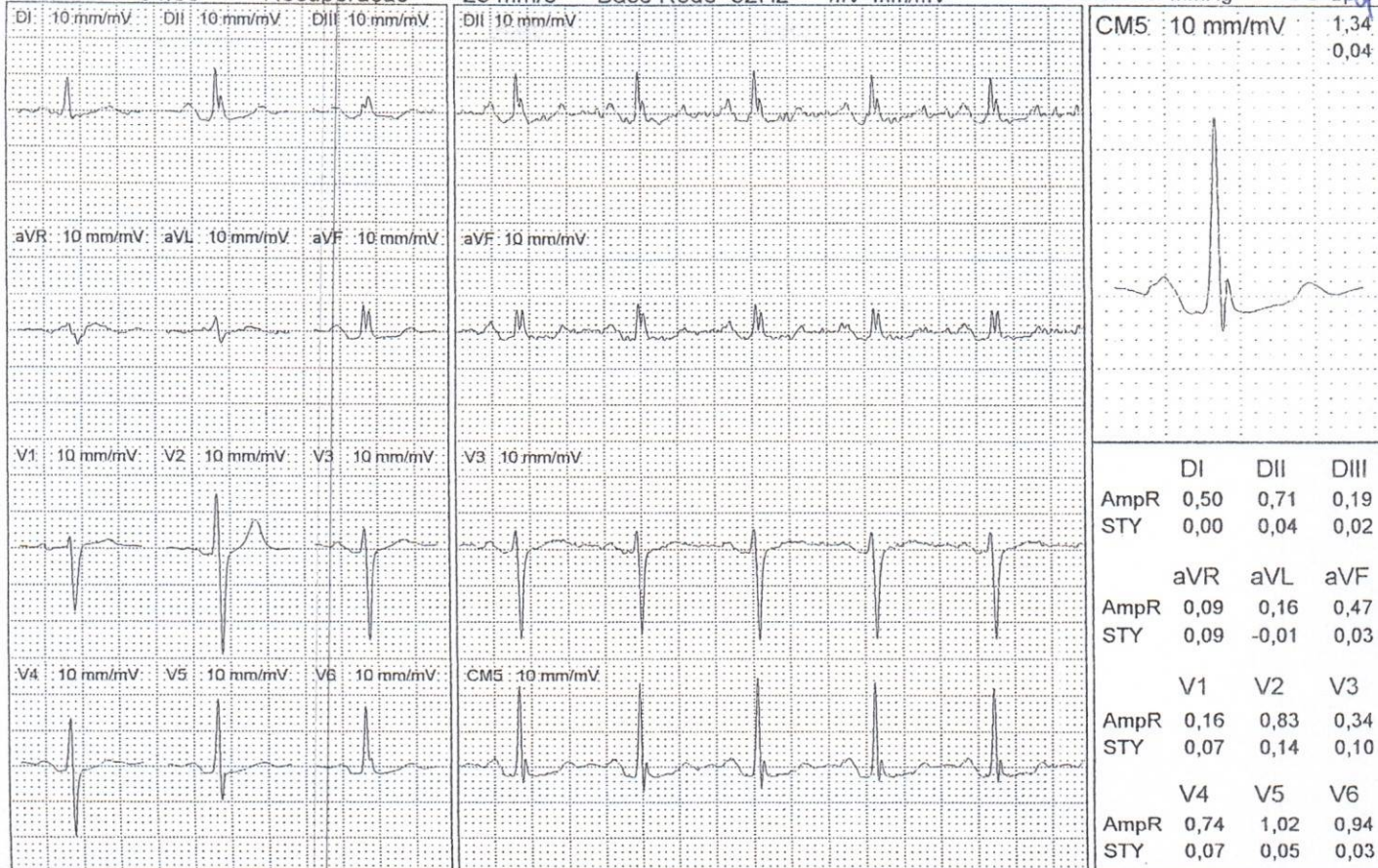
25 mm/s

Base Rede 32Hz

Unidades:  
mv mm/mV

140/90 mmHg

93 bpm





**MUNICÍPIO DE BARBACENA**

Secretaria Municipal de Fazenda

Chefia de Fiscalização - Rua Silva Jardim, nº 340 - Boa Morte - CEP 36.201-004 - Barbacena/MG - Brasil - Fone: (32) 3339-2059/3339-2062

Nota: 2021100

**00000877**

Código Verificação

2WR1-A2QD

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Emissão (Horário de Brasília)	Período de Competência	Município de Prestação do Serviço
<b>28/05/2021 08:10:36</b>	<b>05/2021</b>	<b>Barbacena - MG</b>
Reg. Especial Tributação	Exigibilidade do ISS	
<b>Nenhum</b>	<b>Imunidade</b>	

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social

**CENTRO BCEN ASSIST MED SOCIAL**

Nome Fantasia

**CENTRO BCEN ASSIST MED SOCIAL**

CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	Simples Nacional	Incentivador Cultural	Fone/Fax
<b>19.557.487/0001-36</b>	<b>1938</b>		<b>Não</b>	<b>Não</b>	

Endereço

**Rua Silva Jardim, 580 , Boa Morte - CEP: 36201-004 - Barbacena - MG****TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS**

CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	Fone/Fax	E-mail
<b>20.356.747/0001-94</b>			<b>(31) 3751-1232</b>	<b>tesouraria@ibiapaba.com.br</b>

Endereço

**PCA CEL JOAQUIM RESENDE, 69 , Centro - CEP: 35490-000 - Entre Rios de Minas - MG****SERVIÇO PRESTADO****0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8610101****DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

ENTIDADE IMUNE AO ISS CONFORME CF/88, ART.150, VI,C.  
DESPESAS HOSPITALARES: PARTICULAR ESPECIAL  
CIRURGIA REALIZADA: CATETERISMO  
PACIENTE: JESUS ROGERIO DOS SANTOS  
CPF:904.349.866-15  
DN:04/02/1966  
REG:00796123  
PAGAMENTO À VISTA.

**RETENÇÕES FEDERAIS**

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**VALORES**

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)
<b>1.100,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.100,00</b>	<b>2,00</b>
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
<b>0,00</b>	<b>-----</b>	<b>0,00</b>	<b>1.100,00</b>	<b>1.100,00</b>

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e é autodeclaratória.  
Benefício fiscal: Imunidade Tributária de 100,00 %  
Trib. aprox. R\$ 147,95 Federal e R\$ 28,27 Municipal. Fonte: IBPT [B95EF4]

Visualizado em: 28/05/2021 14:41:53  
Para validação desta NFS-e acesse: <https://barbacenamg.webiss.com.br/externo/nfse/validar>  
Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 6.837 de 15 de abril de 2010 e Decreto nº 8.835 de fevereiro de 2021.

NOTA DE EMPENHO

EO01928-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

20/05/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 01928-000 Venc: 20/05/2021 Ficha: 00210

Credor: 05248 - JOSE MATEUS

CPF: ..-

PIS: CBO:

Tel: () -

Endereco: RUA JOSE ADELINO DA FONSECA, 42

SERRA DO C - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 5.522,67 Valor do empenho...: R\$ 1.214,40

Saldo atual...: R\$ 4.308,27 Valor liquido.....: R\$ 1.214,40

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA AQUISICAO DE SUCCINATO METILPREDNISOL 500MG 25FA, PARA ATENDER A DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE E RECEITUARIO MEDICO.

Autorizo o presente empenho

Data: 20/05/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

24 / 05 / 21

AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.

24 / 05 / 21

Visto:

Scorria

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

Visto:

JP

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

RECIBO R\$ 1.214,40

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao Municipal a importancia de R\$ 1.214,40 (UM MIL, DUZENTOS E QUATORZE LAIS E QUARENTA CENTAVOS), referente a despesa acima mencionada.

08 / 06 / 2021

JOSE MATEUS

Documento:

Recebedor:

Banco:

Brasil

Conta:

1094-4

Cheque:

850 685

Lancament





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

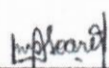


**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

( x ) Para Licitar - ( ) Efetivação de compras - ( x ) Recurso Próprio	<b>Ficha</b>	
( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Fonte</b>	102
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde	
<b>Setor:</b>	Saúde	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Medicação	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente José Mateus	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	50	UN	Succinato Metilprednisol 500MG 25FA	R\$ 24,28	R\$1.214,40
Total:				R\$ 1.214,40	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 20/05/2021.	Requisição elaborada por: Ariana Aparecida de Resende
Memorando se houver:	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	( X ) Deferido - ( ) Indeferido
 Assinatura do Controle Interno	 Assinatura do Prefeito
	Protocolo N°: _____
	Responsável pelo Protocolo

Schmidt



Dr. Igor Franco  
NEUROLOGIA  
NEUROPEDIATRIA

AS

## Receituário de controle especial

Indicação do emitente  
Dr. Igor Franco  
CRM.MG 53484  
Rua Cefisa Viana, 156 1 e 2 andar,  
Museu, Conselheiro Lafaete. MG  
Te. (31) 3721-2781 | (31) 3721-5065

- 1 - via para retenção da farmácia ou drogaria
- 2 - via para orientação ao paciente

José Mateus

Ao Hospital Cassiano Campolina

O paciente acima de 71 anos HAS em uso regular da medicação e vem apresentando quadro progressivo de fraqueza muscular nos quatro membros. Trouxe a eletroneuromiografia que mostrou polirradiculopatia inflamatória crônica desmielinizante e trouxe o resultado do líquido realizado em Conselheiro Lafaete que mostrou a presença de hiperproteínoorraquia compatível com o diagnóstico. O tratamento do paciente se faz através da pulsoterapia com metilprednisolona 1 grama em soro fisiológico 500ml por dia correndo em duas horas por cinco dias. Tal aplicação deverá ocorrer mensalmente por cinco meses. O mesmo não necessita de internação para tomar a medicação podendo receber a medicação e ir para casa e voltando todos os dias para receber a medicação.

À disposição

Diagnóstico: CIDP ----- CID 10 G61

*Dr. Igor de Assis Franco*  
CRM-MG 53484

Dr. Igor Franco  
CRM.MG 53484

Indicação do comprador	
Nome.....	.....
RG.....	Emissor.....
Endereço:.....	.....
Cidade.....	UF.....
Telefone.....	.....

Identificação do fornecedor	
Assinatura	Data:...../...../.....



**HOSPVIDA**DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS  
HOSPITALARES COM QUALIDADE

Razão Social: HOSPVIDA LTDA - EPP

Endereço: RUA JOÃO PEDRO INÁCIO, 25 - BOM PASTOR

CNPJ: 12.057.503/0001-82

Insc.Est.: 001993472.00-94

Cidade: NOVA UNIAO

UF:MG CEP:34990-000

Fone: ( 31 ) 3685-1544 Fax: ( 31 ) 3685-1544

E-mail: comercial@hospvidamg.com.br

N/Número: 006202

S/Número:

Data Emissão: 20/05/2021

Data Entrega : 20/05/2021

Página: 001

Cód. Cliente: 001175 Nome: HOSPITAL CASSIANO CAMPOLINA

CNPJ / CPF: 20.356.580/0001-61 Inscrição: ISENTA

Endereço: PRAÇA CASSIANO CAMPOLINA 821

Bairro: CENTRO

Cidade: ENTRE RIOS DE MINAS

UF:MG CEP: 35490-000

Fone: ( 31 ) 3751-1250 Fax: ( )

Cel: ( )

Transp. : ALTEX ALTERNATIVA EXPRESS TRANSPORTES LT

Entrega: NULL NULL, 821 - NULL - Cep: 35490000 - ENTRE RIOS DE MINAS - MG

Vendedor: STEFFANE PEREIRA

Tipo: VENDA

Forma Cob.: BOLETO BRADESCO

Cond. Pagto.: 30 DIAS

Vencimento Valor Vencimento Valor

Item	N/Código	Cód. de Barras	S/Código	Quant.	Und.	Descrição do Produto	Fabricante	Vr.Unitário	Vr.Total
001	013984	7898208148678	7898208148678	50,00	FA	SUCCINATO SOD METILPREDNISOL 500MG 25FA + DIL 8ML	NOVAFARMA	24,2880	1.214,40

Observação:

DADOS BANCARIOS: BANCO DO BRADESCO N°237 | AGENCIA: 3954-3 | CONTA CORRENTE: 4078-9

BANCO DO BRASIL N°001 | AGENCIA: 1694-2 | CONTA CORRENTE: 21537-8

Quant. itens Prod.	Quant. Und. Prod.	Total Produtos	Total Serviços	Valor Frete	Valor IPI	Valor Desconto	Total Geral
1,00	50,00	1.214,40	0,00	0,00	0,00	0,00	1.214,40

Valor Faturamento: 1.214,40

Valor Bonificado: 0,00

HOSPITAL CASSIANO CAMPOLINA

HOSPVIDA LTDA - EPP

STEFFANE

20/05/2021

17:31:05

CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
 CNPJ: 06.961.182/0001-90  
 Fone: (31) 3221.2500  
 Av. Senador, 1100 - 13º Andar - Jd. Santa  
 Helena - Belo Horizonte - MG  
 CEP: 31290-000

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica  
 Série: U1 NF: 289209811

Controle:  
 02.144/R4SODBA105/0028

Emissão: 13/04/2021 Impressão: 13/04/2021 07:55:19 Tarifa Variável de Energia Elétrica - TSEE criada pela  
 Resolução 10.436 de abril de 2002

NOME: MATEUS

JOSE ADELINO FONSECA 42

SERRA DO CAMAPUA  
 SERRA DOS RIOS DE MINAS - MG  
 CEP: 35490-000

IDENTIFICADOR Nº: AMI131321200

Nº DO CLIENTE: 7003397153

UF da Instalação	Subseção	Classe
3003882628	RESIDENCIAL	Residencial Monofásico
Dados de Leitura		
Anterior	Atual	Posterior
11/03	13/04	11/05
Modelo de Tarifa		
Tarifa Convencional		

UF da Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo de Energia	Consumo em kWh
Energia Elétrica	20267	20303	1	36

#### VALORES FATURADOS

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	36	0,93970866	33,80

#### ENCARGOS/COBRANÇAS

Descrição	Valor R\$
Juros 1% am sobre pagamento em: 09/03/21	0,63
Correção IGPM sobre conta 12/2020 pg 09/03/21	0,85
Correção IGPM sobre conta 01/2021 pg 09/03/21	0,84
Multa 2% sobre conta de 03/2021	0,97

#### TARIFAS APLICADAS (Sem Impostos)

Energia Elétrica kWh	0,63155000
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)	
BANDEIRA AMARELA	0,70

CPF: 321.575.417-72

Pág 1 de 1

RESERVAÇÃO DE FICHA 7AAC.F8FB.C293.F274.D619.A5CD.0428.D641

PERÍODO	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
ABR/2021	03/05/2021	R\$ 37,09
Base de Cálculo (R\$)		
Consumo	33,80	30,00
Adicional	23,66	0,71
Outros	23,66	3,28
		R\$ 10,14
		R\$ 0,16
		R\$ 0,77

Histórico do Consumo			
Ano	Consumo kWh	Média kWh/dia	Dias de Faturam.
2021	15	0,50	30
2021	4	0,14	28
2021	18	0,54	33
2020	10	0,34	29
2020	13	0,39	33
2020	12	0,41	29
2020	114	3,80	30
2020	151	4,57	33
2020	99	3,41	29
2020	90	3,10	29
2020	107	3,68	29
2020	152	5,42	28

2021 Band. Amar. - ABR/2021 Band. Amar.

Em vigor conforme Res Anel nº 2.757, de 18/08/2020.

O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.

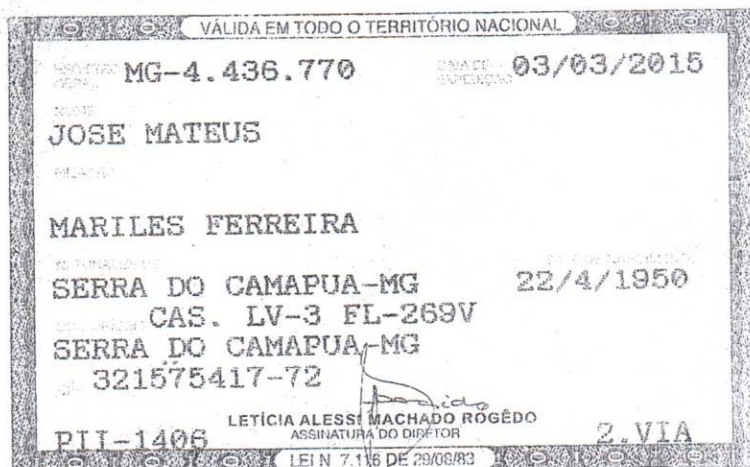
O consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade no local.

Para adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)

ou realizada conf. calendário de faturamento.

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA E SEGURA.

ACESSE AGORA [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)



9.97015977



## HOSPVIDA LTDA - EPP

## DANFE

DOCUMENTO  
AUXILIAR DA NOTA  
FISCAL ELETRÔNICARUA JOÃO PEDRO INÁCIO, 25  
Bairro: BOM PASTOR  
NOVA UNIAO - MG - 34990-000  
Fone: (31)3685-1544 Fax: (31)3685-1544  
comercial@hospvidamg.com.brAlv. Sanit.: 02/2020 Aut. Esp.: 1.15159.9  
Aut. Func.: 1.15158.5 Lic. Func.: 30/20200-ENTRADA  
1-SAÍDANº 000.008.539  
SÉRIE:1  
FOLHA:1 / 1

CHAVE DE ACESSO

3121 0512 0575 0300 0132 5500 1000 0035 3915 5096 1162

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz  
Autorizadora.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO

131214167497481 - 20/05/2021 17:57:18

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001993472.00-94

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

12.057.503/0001-82

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

HOSPITAL CASSIANO CAMPOLINA

CÓDIGO

001175

CNPJ/CPF

20.356.580/0001-61

DATA DA EMISSÃO

20/05/2021 17:56

ENDEREÇO

PRAÇA CASSIANO CAMPOLINA, 821

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

35.490-000

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO

ENTRE RIOS DE MINAS

FONE/FAX

(31) 3751-1250

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA SAÍDA

FATURA	FATURA 1	FATURA 2	FATURA 3	FATURA 4	FATURA 5	FATURA 6	FATURA 7	FATURA 8	FATURA 9	FATURA 10	FATURA 11	FATURA 12	FATURA 13	FATURA 14	FATURA 15
NÚMERO	008539-1														
VENCIMENTO	19/06/2021														
VALOR	1.214,40														

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.214,40	145,73	0,00	0,00	1.214,40
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.214,40

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ALTEX ALTERNATIVA EXPRESS TRANSPORTES	0 - Remetente (CIF)			MG	07.876.064/0001-08
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV CELSO JOVE SOARES NOGUEIRA, 799	CONTAGEM	MG	0011681300028	MG	0011681300028
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CX			2,00	2,00

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CNT.	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ. ICMS	IPPI
013984	SUCCINATO SOD METILPREDNISOL 500MG FA PO LIO + DIL 8 ML - NOVAFARMA - N° RMS: 1140200630051 LT: 78QB0561 Val: 08/01/2023 Qtd: 50		30043210	000	5102	FA	50,0000	24,28800	1.214,40		1.214,40	145,73		12	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Entrega: NULL NULL, 821, NULL, 35490000, ENTRE RIOS DE MINAS, MG  
DADOS BANCARIOS: BANCO DO BRADESCO N°237 | AGENCIA: 3954-3 | CONTA CORRENTE: 4078-9  
BANCO DO BRASIL N°001 | AGENCIA: 1694-2 | CONTA CORRENTE: 21537-6  
Trib. Aprox. RS:389,70 Federal e RS:0,00 Estadual Fonte: IBPT

B.C.S.T Retido: RS 0,00 - Valor ICMS Retido: RS 0,00 - Dest. Entrega: HOSPITAL CASSIANO CAMPOLINA

RESERVADO AO FISCO

NOTA DE EMPENHO

E003178-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

23/08/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 03178-000 Venc: 23/08/2021 Ficha: 00210

Credor: 24597 - WALDIR BATISTA SOARES

CPF: 637.839.598-53

PIS: CBO:

Tel: () -

Endereco: RUA SAO VICENTE, 133

SAO VICENTE - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ...: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 9.539,47 Valor do empenho...: R\$ 550,00

Saldo atual...: R\$ 8.989,47 Valor liquido.....: R\$ 550,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME DE RESSONANCIA DE PROSTATA, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SDAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 23/08/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

<p><b>L I Q U I D A C A O</b></p> <p>Confirmo receb. do Material ou Servico.</p> <p>Data: 23/08/2021</p> <p>Visto: <u>THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE</u> GERENTE DA SAUDE CPF:045.448.926-94</p>	<p><b>A U T O R I Z O P A G A M E N T O</b></p> <p>Determino pagamento da presente despesa.</p> <p>Data: 23/08/2021</p> <p>Visto: <u>JOSE WALTER RESENDE AGUIAR</u> PREFEITO MUNICIPAL CPF:087.179.076-91</p>
--	---

**R E C I B O** R\$ 550,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao n icipal a importancia de R\$ 550,00 ( QUINHENTOS E CINQUENTA REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

33 08  
# / 09 / 2021

Waldir Batista Soares  
WALDIR BATISTA SOARES

Documento: Recebedor: Lancament

Banco: Bras Conta: 250750 Cheque: 10944





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais - CNPJ: 20.356.747/0001-94 - Telefone: (31) 3751-1232

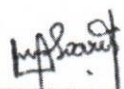
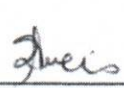


**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

( x ) Para Licitar - ( ) Efetivação de compras - ( x ) Recurso Próprio	<b>Ficha</b>	
( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Fonte</b>	<b>102</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde	
<b>Setor:</b>	Saúde	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exame de ressonância da próstata	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Waldir Batista Soares	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	UN	Exame de ressonância próstata	R\$ 550,00	R\$ 550,00
Total:				R\$: 550,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 23/08/2021.	Requisição elaborada por: Ariana Aparecida de Resende
Memorando se houver:	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	( x ) Deferido - ( ) Indeferido
 Assinatura do Controle Interno	 Assinatura do Prefeito
	Protocolo N°: 3484, 26/08/2021.
	 Responsável pelo Protocolo

RECEITUÁRIO

Nome: Sr. Walden Roberto Soares

101  
10/10

Pedro-se

Resonância Nuclear Magnética  
do próstata.

PSA - 7,2 ng / l  
Tôpo para t. Ami-

tes aumentados,

pele testículo  
AC  
Dr. Gustavo Marelli de Carvalho  
UROLOGIA  
CRM-MG 36178  
CONTROLE 3174145

(21 ago to 2021)  
Jeceaba de de

Médico/CRM



CTC - Minas Gerais - 3281.9833

Rm de Próstata

27/08/2021 15:20 h

550,00 cl desconto.

4 horas de jejum

102  
102

Vacunamento realizado por funcionários  
do TFD da Secretaria de Saúde.

23/08/2021

Assinada

**CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.**  
 CNPJ 06.981.180/0001-16  
 Inscr. Estadual 062.322136.0087  
 Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1  
 Santo Agostinho - CEP 30.190-131  
 Belo Horizonte - MG - Brasil  
 Impressão: 10/08/2021 10:44:51 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criado pela  
 Resolução 474/2011 Imposto de Renda PTA Nº 45.00009762.37 - SEF/MG Lei nº 10.438 de abril de 2002

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Série: U1

NF: 319965242

Controle:

02.144/R4SODBB897/0031

ARIA DA GLORIA RIBEIRO  
 ATISTA  
 JA SAO VICENTE 133 CS A

LO VICENTE  
 ITRE RIOS DE MINAS - MG  
 EP: 35490-000

EDIDOR Nº: ABO069073183

**Nº DO CLIENTE: 7004482036**

**Nº da Instalação** 3007338417 **Subclasse** RESIDENCIAL **Classe** Residencial Monofásico

**Datas de Leitura**  
 Anterior 08/07 Atual 10/08 Próxima 10/09  
**Modalidade Tarifária** Tarifa Convencional

Informações Técnicas	Consumo kWh
<b>Tipo de Medição</b> <b>Leitura Anterior</b> <b>Leitura Atual</b> <b>Constante de Medição</b>	<b>Consumo kWh</b> 6183 6183 1 0

VALORES FATURADOS	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Inscrição			22,32
Estado de Disponibilidade			

ENCARGOS/COBRANÇAS	Valor R\$
Inscrição	21,60
Cobrança da Conta de Energia de 07 / 2021	

TARIFAS APLICADAS (Sem Impostos)	Valor R\$
Energia Elétrica kWh	0,71297000
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)	
BANDEIRA VERMELHA P2	2,96

PF: 594.862.876-00

Pág 1 de 1

RESERVADO AO FISCO 51EB.0CBD.7124.BB5F.5505.D022.9336.2FE1

REFERENTE A	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
AGO/2021	02/09/2021	R\$ 43,92

Base de Cálculo (R\$):	Alíquota%:	Valor (R\$):
JMS	22,32	R\$ 0,16
ASEP	22,32	R\$ 0,78
OFINS		

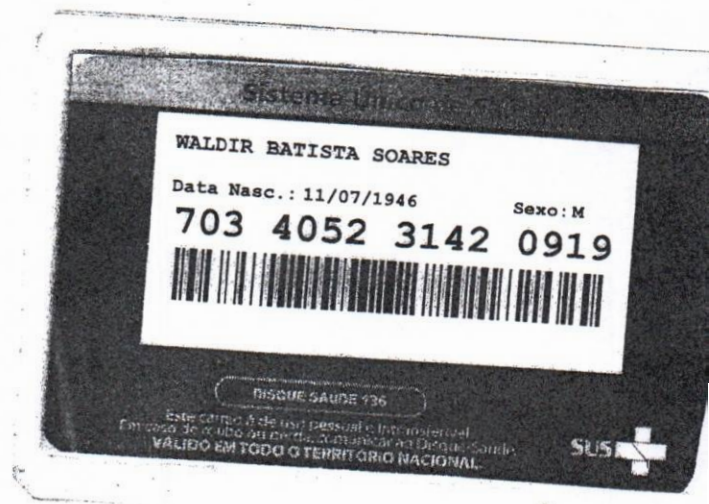
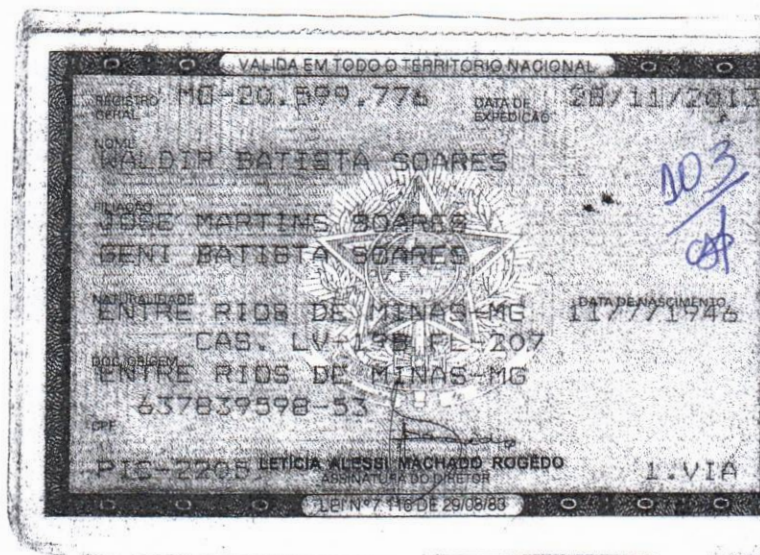
Histórico do Consumo	Consumo	Media	Dias de Faturam.	REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES
s/Ano	kWh	kWh/dia		
J/2021	0	0,00	29	
V/2021	0	0,00	26	
I/2021	0	0,00	28	
R/2021	0	0,00	31	
R/2021	0	0,00	32	
V/2021	0	0,00	28	
N/2021	0	0,00	31	
Z/2020	0	0,00	29	
V/2020	0	0,00	32	
T/2020	125	4,16	30	
T/2020	306	7,84	39	
O/2020	109	3,51	31	

JL/2021 Band. Verm. P2 - AGO/2021 Band. Verm. P2  
 Tarifa vigente conforme Res Anel nº 2.877, de 25/05/2021.  
 pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais  
 gentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.  
 dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade  
 exercida no local.  
 aça sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)  
 eitura realizada conf. calendário de faturamento.

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA E SEGURA.  
 ACESSE AGORA [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)

CÓDIGO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
000073384174	**/**/****	*****
REFERENTE A: AGO/2021	Nº DA INSTALAÇÃO: 3007338417	

**\*\* ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO É VÁLIDO PARA PAGAMENTO \*\***  
 Esse valor será somado à próxima conta sem multa. Caso queira, o código  
 de barras para pagamento antecipado poderá ser solicitado em um Posto de  
 Atendimento Presencial Cemig ou Central de Atendimento, telefone 116.





## NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

21/422

Emitida em:  
27/08/2021 às 16:49:42Competência:  
27/08/2021Código de Verificação:  
e73c3cb2

CENTRO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MINAS GERAIS LTDA

CPF/CNPJ: 20.479.077/0002-84

Inscrição Municipal: 0314947/003-1

AVE FRANCISCO SALES, 1622, LOJA 01 02 03 04, Santa Efigênia - Cep: 30150-224

Belo Horizonte

MG

Telefone:

Email:

## Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 637.839.598-53

Inscrição Municipal: Não Informado

WALDIR BATISTA SOARES

RUA SAO VICENTE, 133, VILA SAO VICENTE - Cep: 35490-000

Entre Rios De Minas

MG

Telefone: Não Informado

Email: Não Informado

## Discriminação do(s) Serviço(s)

PAGAMENTO REFERENTE A EXAME DE RM Pelve COM CONTRASTE

Código de Tributação do Município (CTISS)

0402-0/04-88 / Convênio ou contrato celebrado com o sus - sistema único de saúde para prestação de serviços de análises clínicas, patologia, citopatológica, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultrassonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:

4.02 / Análises clínicas, patologia, eletricidade medica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonancia magnetica, radiologia, tomografia e congêneres.

Cod/Município da incidência do ISSQN:

3106200 / Belo Horizonte

Natureza da Operação:

Tributação no município

Valor dos serviços: R\$ 550,00

Valor dos serviços: R\$ 550,00

(-) Descontos: R\$ 0,00

(-) Deduções: R\$ 0,00

(-) Retenções Federais: R\$ 0,00

(-) Desconto Incondicionado: R\$ 0,00

(-) ISS Retido na Fonte: R\$ 0,00

(=) Base de Cálculo: R\$ 550,00

Valor Líquido: R\$ 550,00

(x) Alíquota: 3%

(=) Valor do ISS: R\$ 16,50



Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda

Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.

Dúvidas: SIGESP



105  
/



NOTA DE EMPENHO

EO01925-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

20/05/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 01925-000 Venc: 20/05/2021 Ficha: 00210

Credor: 24457 - POLIANA NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 016.482.886-93

PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA DOS POMBOS, 65

VILA SAO VICENTE - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.: 10 - SAUDE

Subfuncao.: 301 - ATENCAO BASICA

Programa.: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 6.142,67 Valor do empenho.: R\$ 620,00

Saldo atual.: R\$ 5.522,67 Valor liquido.: R\$ 620,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME DE RESSONANCIA MAGNETICA CRANIO ENCEFALICO COM CONTRASTE, CONFORME DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE E PEDIDO MEDICO.

Autorizo o presente empenho

Data: 20/05/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

20 / 05 / 21

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa.

20 / 05 / 21

Visto:

Secaria

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 620,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao Municipal a importancia de R\$ 620,00 (SEISCENTOS E VINTE REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

01 / 06 / 21

POLIANA NASCIMENTO DOS SANTOS

Documento:

Brasil

Recebedor:

Conta: 10944

Cheque: 850681

Lancament



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

107  
10/10

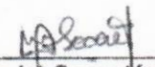

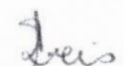
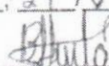
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input type="checkbox"/> Recurso Próprio		<b>Ficha</b>	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?		<b>Fonte</b>	102
<b>Secretaria Requiritante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde		
<b>Sector:</b>	Saúde		
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exame de Ressonância magnética crânio encefálico		
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Poliana Nascimento dos Santos Silva		

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	UN	Ressonância magnética crânio encefálico	490,00	490,00
02	1	UN	Contraste	130,00	130,00
				<b>Total:</b>	<b>R\$: 620,00</b>

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 21/05/2021.	Requisição elaborada por:
Memorando se houver:	

<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: <u>1032</u> , <u>24.105.1.2021</u>  Responsável pelo Protocolo





108  
Q

## Orçamento para serviços a serem realizados

Paciente:

Data: 21/05/2021

Convênio: PARTICULAR

Código	Mnem.	Exame	Qtd.	Valor Exame
34.01.001-4	RESSO01	CONTRATE RESSONANCIA PREFEITURAS "EXTRA"	1	R\$130,00
		RESSONANCIA DE CRANIO	1	R\$490,00

**Total:** R\$620,00

URGENTE

	PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS	LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO	Nº DO LAUDO		109
			/		
01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE					
ORIGEM		CÓDIGO / SIA	MUNICÍPIO		
ESF Dra. Valéria Baita			Entre Rios de Minas		
Nº PRONT.		CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO)			
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE					

02 - DADOS DO PACIENTE					
NOME			DATA NASCIMENTO	SEXO	
Poliana Nascimento dos Santos Silva			/ /	<input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.	
NOME DA MÃE DO PACIENTE			TELEFONE		
RUA / LOGRADOURO			Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO			MUNICÍPIO		
CEP.	UF	Nº CONSULTA	CARTEIRA IDENTIDADE - Nº / ÓRGÃO EXPEDIDOR		

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
JUSTIFICATIVA CLÍNICA	
<p>Paciente relatando dor em hemiface E com paralisia facial associada a visão com anetomias a mechas volantes há 4 dias.</p>	

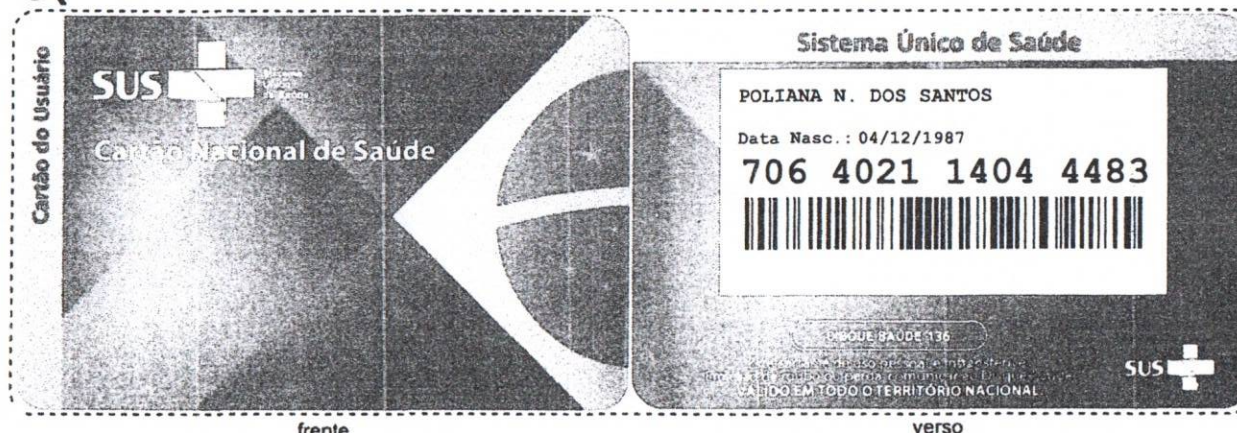
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID.
Paralisia de Bell?	6.51.0
CLÍNICA SOLICITANTE	CÓDIGO
ESF Dra. Valéria Baita - saúde da família	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO
Remoção Magnética Cranioencefálica	
MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)	CRM
19/05/2021	80806
	107450706-12
	CPF MÉDICO

04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS			
SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO  <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO  <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO	MOTIVO		
DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CRM	



8/14

2



frente

verso



CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
CNPJ 05.041.180/0001-16  
Insc. Estadual 062.822135-02/7  
Av. Barbacena, 1800 - 17º Andar - ARA  
Belo Horizonte - CEP 30.190-191  
Belo Horizonte - MG - Brasil

# Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Série: U1 NF: 290516524  
Controle:  
02.144/R4SODBB239/0036

Emissão: 16/04/2021 Impressão: 16/04/2021 11:31:16 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criado pela  
Emissão autorizada pelo Regime Especial PTA Nº 45.000009762-37 - SEF/MG Lei nº 10.430 de abril de 2002

JOAO BATISTA DOS SANTOS

RUA DOS POMBOS 65 CS

SAO VICENTE  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
CEP: 35490-000

MEDIDOR Nº: AMJ180013033

Nº DO CLIENTE: 7004775711

Nº de Instalação: 3003357104 Subclasse: RESIDENCIAL Classe: Residencial Monofásico  
Data de Instalação: 16/03/16/04/14/05  
Anexo: Anexo: Anexo: Modicidade Tarifária: Tarifa Convencional

Tipos de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo kWh
Energia Elétrica	1778	1887	1	109

## VALORES FATURADOS

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	109	0.939/0866	102,40
TARIFAS APLICADAS (Sem Impostos)			
Energia Elétrica kWh		0.63155000	
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)			
BANDEIRA AMARELA			2,14



CPF: 752.931.886-15

Pág. 1 de 1

RESERVADO AO FISCO

7805.1754.FB6F.D8F8.11C6.BD1B.5255.24DD

REFERENTE A	VENCIMENTO		VALOR A PAGAR
ABR/2021	06/05/2021		R\$ 102,40
Base de Cálculo (R\$):		Alíquotas:	Valor (R\$):
CONSUMO	102,40	30,00	R\$ 30,72
PARCELAS	71,68	0,71	R\$ 0,50
SOMAS	71,68	3,28	R\$ 2,35
Histórico do Consumo		REANEXO DE CONTAS VENCIDAS / DEBITOS ANTERIORES	
Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/dia	Dias de Faturam.
MAR/2021	97	3,03	32
FEV/2021	89	3,17	28
JAN/2021	96	3,09	31
DEZ/2020	91	3,13	29
NOV/2020	94	2,93	32
OUT/2020	82	2,73	30
SET/2020	87	2,71	32
AGO/2020	84	2,70	31
JUL/2020	77	2,75	28
JUN/2020	73	2,28	32
MAI/2020	78	2,68	29
ABR/2020	77	2,56	30

## Informações Gerais

MAR/2021 Band. Amar. - ABR/2021 Band. Amar.

Tarifa vigente conforme Res Anel nº 2.757, de 18/08/2020.

O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.

É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade exercida no local.

Faça sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)

Leitura realizada conf. calendário de faturamento.

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FACIL, RÁPIDA E SEGURA.

ACESSE AGORA [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)





**J, L & S IMAGE DIAGNOSE LTDA****CNPJ: 02.204.374/0001-54**

MELVIN JONES

,186 -CAMPO ALEGRE

-36400107 CONSELHEIRO

Inscrição Municipal: 1000023845

Telefone: (31)3764-710 E-mail: image.financeiro@gmail.com

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS**

Nº da Nota:

**00004830 Série: E**

Data Emissão

09/06/2021

Data Lançamento

09/06/2021

Sub-Série

ELETRÔNICA



Prefeitura Municipal de Conselheiro Lafaiete/MG CNPJ: 19.718.360/0001-51

Av. Pref. Mário Rodrigues Pereira, 10, Centro CEP: 36400026 Telefone: 3137692582

E-mail: fiscal.fazenda@conselheirolafaiete.mg.gov.br

Secretaria Municipal de Fazenda

ISSQN Retido pelo Tomador: M

Situação: Tribu

É responsabilidade do tomador do serviço verificar a autenticidade da Nota Fiscal Eletrônica no endereço eletrônico:

<http://www.conselheirolafaiete.mg.gov.br>

Código de Controle da Nota Fiscal: {6A5470A7-2D58-4838-9192-152704EBABEB}

**Destinatário - Tomador**

Nome ou Razão Social: POLIANA NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 016.482.886-93

Insc. Estadual:

Endereço: RUA DOS POMBOS, -VILA SAO VICENTE-35490000 ENTRE RIOS DE MINAS MG BRASIL

Telefone: (31)

E-mail: RECEPCAO.IMAGE1@GMAIL.COM

**Discriminação do(s) serviço(s)**

Aliq. %

Valor Total

CONTRASTE

3,00

130,00

Deduções

*Recebemos*  
*09/06/21*  
*Oliveira*  
*Imagem Diagnóstico*  
*CNPJ 02.204.374/0001-54*

**\*ESTE DOCUMENTO NÃO PODE CONTER RASUR**Competência: 202106 - (Município Incidência: 3118304 - CONSELHEIRO LAFAIETE - MI  
GERAIS)

Base Cálculo ISS

130,00

Valor do ISSQN

3,90

Valor da Nota Fiscal

130,00

Observações

FONTE IBPT:

TRIBUTAÇÃO FEDERAL PRODUTOS NACIONAIS: 13,45%

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL PARA SERVIÇOS: 2,84%

DINHEIRO

86402.07-Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética

Emitido por: CONTRIBUINTE em 09/06/20

**Nota Fiscal nº:****00004830 Série: E**Recebi(emos) de J, L & S IMAGE DIAGNOSE LTDA, o(s) serviço(s) constante(s) na NOTA FISCAL DE SERVIÇOS Nº  
00004830 Série: E

Código de Controle da Nota Fiscal: {6A5470A7-2D58-4838-9192-152704EBABEB}

CONSELHEIRO \_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



**J, L & S IMAGE DIAGNOSE LTDA****CNPJ: 02.204.374/0001-54**

MELVIN JONES

,186 -CAMPO ALEGRE

-36400107 CONSELHEIRO

Inscrição Municipal: 1000023845

Telefone: (31)3764-710 E-mail: image.financeiro@gmail.com

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS**

Nº da Nota:

**00004829 Série: E**

Data Emissão

09/06/2021

Data Lançamento

09/06/2021

Sub-Série

ELETRÔNICA



Prefeitura Municipal de Conselheiro Lafaiete/MG CNPJ: 19.718.360/0001-51

Av. Pref. Mário Rodrigues Pereira, 10, Centro CEP: 36400026 Telefone: 3137692582

E-mail: fiscal.fazenda@conselheirolafaiete.mg.gov.br

Secretaria Municipal de Fazenda

ISSQN Retido pelo Tomador: N/A

Situação: Tributação

É responsabilidade do tomador de serviço verificar a autenticidade da Nota Fiscal Eletrônica no endereço eletrônico:

<http://www.conselheirolafaiete.mg.gov.br>

Código de Controle da Nota Fiscal: {0B1F482B-61A0-4217-8C37-F36EEC0F2667}

**Destinatário - Tomador**

Nome ou Razão Social: POLIANA NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 016.482.886-93

Insc. Estadual:

Endereço: RUA DOS POMBOS, -VILA SAO VICENTE-35490000 ENTRE RIOS DE MINAS MG BRASIL

Telefone: (31)

E-mail: RECEPCAO.IMAGE1@GMAIL.COM

**Discriminação do(s) serviço(s)**

Aliq. %

Valor Total

RESSONANCIA DE CRANIO

3,00

490,00

**Recebemos**

Deduções

09/06/21  
Oliveira  
Image Diagnose  
CNPJ 02.204.374/0001-54

**\*ESTE DOCUMENTO NÃO PODE CONTER RASURA**

Competência: 202106 - (Município Incidência: 3118304 - CONSELHEIRO LAFAIETE - MIN. GERAIS)

Base Cálculo ISS

490,00

Valor do ISSQN

14,70

Valor da Nota Fiscal

490,00

Observações

FONTE IBPT:

TRIBUTAÇÃO FEDERAL PRODUTOS NACIONAIS: 13,45%

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL PARA SERVIÇOS: 2,84%

DINHEIRO

86402.06-Serviços de ressonância magnética

Emitido por: CONTRIBUINTE em 09/06/2021

**Nota Fiscal nº:****00004829 Série: E**

Recebi(emos) de J, L &amp; S IMAGE DIAGNOSE LTDA, o(s) serviço(s) constante(s) na NOTA FISCAL DE SERVIÇOS Nº 00004829 Série : E

Código de Controle da Nota Fiscal: {0B1F482B-61A0-4217-8C37-F36EEC0F2667}

CONSELHEIRO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



**NOTA DE EMPENHO**

**EO01886-000**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

17/05/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 01886-000 Venc: 17/05/2021 Ficha: 00210

Credor: 12307 - ELIZET CARDOSO RIBEIRO

CPF: 812.642.836-87

PIS: CBO:

Tel: () -

Endereco: SAGRADOS CORACOES, 967

SANTA EFIG - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.: 10 - SAUDE

Subfuncao.: 301 - ATENCAO BASICA

Programa.: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 10.662,67 Valor do empenho.: R\$ 250,00

Saldo atual.: R\$ 10.412,67 Valor liquido.: R\$ 250,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME DE ENDOSCOPIA  
DIGESTIVA, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA  
MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 17/05/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

17/05/21

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa.

17/05/21

Visto:

Scocorua

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 250,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao  
Municipal a importancia de R\$ 250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS ),  
referente a despesa acima mencionada.

20/05/2021

Elizet Cardoso Ribeiro

ELIZET CARDOSO RIBEIRO

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco:

Brasil

Conta: 1094.4

Cheque: 250667



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94



ADM: 2021 - 2024

Telefone: (31) 3751-1232

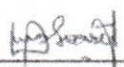
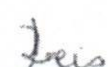
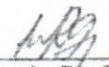

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

( x ) Para Licitar - ( ) Efetivação de compras - ( x ) Recurso Próprio	<b>Ficha</b>	
( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Fonte</b>	<b>102</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde	
<b>Sector:</b>	Saúde	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exame de endoscopia	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Eliset Cardoso Ribeiro	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	UN	Exame de endoscopia	R\$ 250,00	R\$250,00
Total:				R\$: 250,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

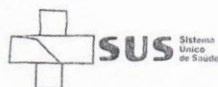
Entre Rios de Minas, 12/05/2021.	Requisição elaborada por: Ariana Aparecida de Resende
Memorando se houver:	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	( x ) Deferido - ( ) Indeferido
 Assinatura do Controle Interno	 Assinatura do Prefeito
	Protocolo N°: <u>999</u> , 17/05/2021
	 Responsável pelo Protocolo





MUNICIPIO DE ENTRE RIOS DE MINAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
RECEITUARIO SIMPLES



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE.

NOME: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO:

PACIENTE:

ENDEREÇO:

DATA:

*Elisabete Carlos Ribeiro*  
*7.5.31*  
*Eudrofia*  
*HD - Massa preta e vermelha*  
*Epizootia.*

*Francis H. Hernández*  
Dra. Francis H. Hernández  
Médico  
RMS/IMG 3102081

CARIMBO E ASSINATURA DO PRESCRITOR



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
812.642.836-87

Nome  
ELISET CARDOSO RIBEIRO

Nascimento  
18/06/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Sistema Único de Saúde

ELISET CARDOSO RIBEIRO

Data Nasc.: 18/06/1960

Sexo: F

700 8054 0350 3886



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.  
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.





2/1/88

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL M-5.858.803 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/09/88

NOME ELISET CARDOSO RIBEIRO

FILIAÇÃO ANTUNES CARDOSO FERREIRA MARIA RAIMUNDA GONCALVES CARDOSO

NATURALIDADE ENTRE RIOS DE MINAS-MG DATA DE NASCIMENTO 18/06/60

DOC ORIGEM CAS.LV-17B FL-52 E. RIOS DE MINAS

CPF

BELO HORIZONTE, MG

ASSINATURA DO DIRETOR

PIC-015

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POSTO 18 Venda Nova

POLEGAR DIREITO

ELISET CARDOSO RIBEIRO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

5/10



MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**812.642.836-87**

Nome  
**ELISET CARDOSO RIBEIRO**

Nascimento  
**18/06/1960**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
CNPJ 06.981.180/0001-16  
Inscr. Estadual 062.322136.0087  
Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1  
Santo Agostinho - CEP 30.190-131  
Belo Horizonte - MG - Brasil

# Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Série: U1 NF: 279223461

Controle:

02.144/R4SODBB239/0058

Emissão: 04/03/2021 Impressão: 04/03/2021 11:09:32 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela  
Emissão autorizada pelo Regime Especial PTA Nº 45.000099762.97 - SLF/MG Lei nº 16.438 de abril de 2002

ELISET CARDOSO RIBEIRO

AV SAGRADO CORAÇÕES 967 CS

CRUZEIRO

ENTRE RIOS DE MINAS - MG

CEP: 35490-000

Nº DO CLIENTE:

7008412144

Nº da Instalação Subclasse Classe

A 3013697558 Residencial Baixa Residencial

Renda Mensal Modalidade Tarifária

Datas de Leitura Anterior Atual Próxima

02/02 04/03 06/04 Tarifa Convencional

MEDIDOR Nº: AME179045853

Informações Técnicas				
Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo kWh
Energia Elétrica	3792	3919	1	127

## VALORES FATURADOS

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia até 30 kWh	30	0,29293924	8,52
Energia de 31 a 100 kWh	70	0,50217943	35,40
Energia de 101 a 180 kWh	27	0,75329154	20,31

## ENCARGOS/COBRANÇAS

Descrição	Valor R\$
Juros 1% am sobre pagamento em: 17/02/21	0,52
Correção IGPM sobre conta 01/2021 pg 17/02/21	0,87
Correção IGPM sobre conta 01/2021 pg 17/02/21	0,55
Multa - 2,0% Estorno	-1,19
Dif. recálculo tarifa integral	28,73

## TARIFAS APLICADAS(Sem Impostos)

Energia até 30 kWh	0,19624000
Energia de 31 a 100 kWh	0,33641000
Energia de 101 a 180 kWh	0,50463000

## ABATIMENTOS E DEVOLUÇÕES

Subsídio tarifa líquida	-27,50
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)	
BANDEIRA AMARELA	1,51

CPE- 812.642.836-87

Pág 1 de 1

RESERVADO AO FISCO

135C.3893.C2BE.A9C0.B170.91D7.1F89.9D85

REFERENTE A	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
MAR/2021	27/03/2021	R\$ 66,21

	Base de Cálculo (R\$):	Alíquota%:	Valor (R\$):
ICMS	64,23	30,00	R\$ 19,27
PASEP	73,69	0,77	R\$ 0,56
COFINS	73,69	3,53	R\$ 2,59

Histórico do Consumo				REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES
Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/dia	Dias de Faturam.	
FEV/2021	119	4,25	28	
JAN/2021	133	4,03	33	
DEZ/2020	120	4,13	29	
NOV/2020	114	3,45	33	
OUT/2020	107	3,56	30	
SET/2020	91	3,13	29	
AGO/2020	122	3,69	33	
JUL/2020	111	3,82	29	
JUN/2020	117	4,03	29	
MAI/2020	138	4,18	33	
ABR/2020	115	4,10	28	
MAR/2020	126	4,20	30	

## Informações Gerais

FATURAMENTO PELA TARIFA SOCIAL DESCONTO DE R\$ 27,50

FEV/2021 Band. Amar. - MAR/2021 Band. Amar.

Tarifa vigente conforme Res Aneel nº 2.757, de 18/08/2020.

Pela legislação regulatória, os descontos a que se refere o Decreto Federal 7.891/13 também integram a base de cálculo do PASEP e COFINS.

O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.

É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA E SEGURA.

ACESSE AGORA [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)

RECIBO Nº \_\_\_\_\_ VALOR \$250,00#

Recebi (emos) de Elisete Cardoso Ribeiro

a quantia de quinhentos e cinquenta reais — x —

Referente a uma endoscopia digestiva da mesma

e para clareza firmo (amos) o presente.

Entre Rio de Janeiro 10 de junho de 2021

Assinatura

Emitente

CPF

RG



121



NOTA DE EMPENHO

EO01564-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

27/04/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 01564-000

Venc: 27/04/2021

Ficha: 00210

Credor: 24400 - CECILIA CAMPOLINA

CPF: 007.192.726-37 PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA VICENTE CHAGAS, 458

SANTA EFIGENIA - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.: 10 - SAUDE

Subfuncao.: 301 - ATENCAO BASICA

Programa.: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICIPIO

Conta.: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 19.626,67 Valor do empenho...: R\$ 440,00

Saldo atual...: R\$ 19.186,67 Valor liquido...: R\$ 440,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME TC MULTISLICE DE ABDOME TOTAL, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE,

Autorizo o presente empenho

Data: 27/04/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

27/04/2021

AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.

27/04/2021

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 440,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao Municipal a importancia de R\$ 440,00 (QUATROCENTOS E QUARENTA REAIS), referente a despesa acima mencionada.

03/05/2021

Cecilia Campolina  
CECILIA CAMPOLINA

Documento:

Recebedor:

Banco:

Brasil

Conta:

1094-4

Cheque:

850654  
850665

Lancament

**NOTA DE EMPENHO**

**AN01564-001**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

05/05/2021

Modelo: AN - ANULACAO

Num: 01564-001

Venc: 05/05/2021

Ficha: 00210

Credor: 24400 - CECILIA CAMPOLINA

CPF: 007.192.726-37

PIS: CBO:

Tel: () -

Endereco: RUA VICENTE CHAGAS, 458

SANTA EFIGENIA - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa....: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 440,00 Valor do empenho...: R\$ 130,00

Saldo atual...: R\$ 310,00 Valor liquido.....: R\$ 130,00

Historico: . ANULACAO PARCIAL DEVIDO NAO SER NECESSARIO O USO CONTRASTE NA  
REALIZACAO DO EXAME.

Autorizo o presente empenho

Data: 05/05/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

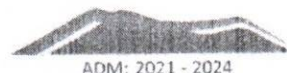
CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

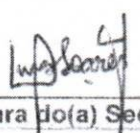
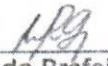

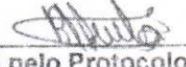
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input type="checkbox"/> Recurso Próprio		<b>Ficha</b>	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?		<b>Fonte</b>	102
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde		
<b>Setor:</b>	Saúde		
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exame de TC multislice de abdome total		
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Cecilia Campolina		

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	UN	TC multislice de abdome total	440,00	440,00
<b>Total:</b>				<b>R\$: 440,00</b>	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 16/04/2021.	Requisição elaborada por:
Memorando se houver:	

<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: <u>325</u> <u>27/04/2021</u>  Responsável pelo Protocolo

HOJE

Bom dia, gostaria de solicitar o orçamento do exame TC multilice total, com reconstrução 3d do sistema urinário

08:52

As mensagens são protegidas com a criptografia de ponta a ponta e ficam somente entre você e os participantes dessa conversa. Nem mesmo o WhatsApp pode ler ou ouvi-las. Clique para saber mais.

Você está conversando com uma conta comercial. Clique para saber mais.

A Clinica Image agradece seu contato. Gentileza ligar no 37647100 para melhor atendê-lo, e visualizarmos sua mensagem!

Funcionamento 8:00 às 18:00 - Sábado 8:00 às 12:00

08:52

valor do exame com desconto para prefeitura de Entre Rios de Minas

08:53

**Você**

Bom dia, gostaria de solicitar o orçamento do exame TC multilice total, com reconstrução 3d do sistema urinário

310,00 + 130,00 se necessário usar contraste



IMAGE



CLÍNICA SANTO ANTÔNIO  
DOENÇAS RENAIS

126  
/ 8

**Nome: CECÍLIA CAMPOLINA**

CPF:

CNS:

Convênio: PARTICULAR

Solicito:

TC multislice de abdome total, com reconstrução 3d do sistema urinário

*João Carlos França Alves*  
Nefrologia  
CRM-MG 21.617  
JOÃO CARLOS FRANÇA ALVES  
CRM 21617



CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
CNPJ 06.981.180/0001-16  
Inscr. Estadual 062.322136.0087  
Av. Barbaena, 1200 - 17º Andar - Ala A1  
Santo Agostinho - CEP 30.190-131  
Belo Horizonte - MG - Brasil

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica  
Série: U1 NF: 286639049  
Controle:  
02.144/R4SODBB239/0047

Emissão: 05/04/2021 Impressão: 05/04/2021 09:36:06 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela  
Emissão autorizada pelo Regime Especial PTA Nº 45.000089762-97 - SEF/MG Lei nº 10.430 de abril de 2002

ARLETE RODRIGUES PEREIRA  
RUA VICENTE CHAGAS 458 CS  
SANTA EFIGENIA  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
CEP: 35490-000

**Nº DO CLIENTE:** 7005410188

Nº da Instalação	Subclasse	Classe
3010863846	Residencial Baixa	Residencial
Dados de Leitura		Modalidade Tarifária
Anterior	Atual	Próxima
03/03	05/04	03/05
Tarifa Convencional		

Informações Técnicas				
Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo kWh
Energia Elétrica	16467	16539	1	72

VALORES FATURADOS			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia até 30 kWh	30	0,20439538	6,12
Energia de 31 a 80 kWh	42	0,35039058	14,70

ENCARGOS/COBRANÇAS		Valor R\$
Descrição		
Cobrança da Conta de Energia de 03 / 2021		21,77
Dif. recálculo tarifa integral		20,69

TARIFAS APLICADAS(Sem Impostos)		Valor R\$
Energia até 30 kWh	0,19624000	
Energia de 31 a 80 kWh	0,33641000	
ABATIMENTOS E DEVOLUÇÕES		
Subsidio tarifa líquida		-19,88
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)		
BANDEIRA AMARELA		0,48

CPF: 904.350.106-97

Pág 1 de 1

RESERVADO AO FISCO 9553.7CDE.66F0.C032.92A0.34F2.CF88.BCBB

REFERENTE A	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
ABR/2021	11/05/2021	R\$ 43,40
Base de Cálculo (R\$):		Valor (R\$):
ICMS		
PASEP	41,51	0,71
COFINS	41,51	3,28
		R\$ 0,28
		R\$ 1,35

Histórico do Consumo				REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES
Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/dia	Dias de Faturam.	
MAR/2021	72	2,40	30	
FEV/2021	67	2,39	28	
JAN/2021	70	2,12	33	
DEZ/2020	58	2,52	23	
NOV/2020	0	0,00	0	
OUT/2020	0	0,00	0	
SET/2020	0	0,00	0	
AGO/2020	0	0,00	0	
JUL/2020	0	0,00	0	
JUN/2020	0	0,00	0	
MAI/2020	0	0,00	0	
ABR/2020	0	0,00	0	

#### Informações Gerais

FATURAMENTO PELA TARIFA SOCIAL DESCONTO DE R\$ 19,88  
RECIBO DE QUITAÇÃO DE DÉBITOS Nº 01/2021 A Cemig, em atendimento à Lei nº 12.007, de 29/07/09, dec  
quitados os débitos do cliente em referência (contrato 5018502046), relativos ao fornecimento de  
energia elétrica a esta unidade consumidora, referente aos vencimentos de 01/01/2020 a 31/12/2020,  
excetuando eventuais débitos que sejam posteriormente apurados diante de possível verificação de  
irregularidades ou de revisão de faturamento, que abranjam o período em questão.  
MAR/2021 Band. Amar. - ABR/2021 Band. Amar.  
Tarifa vigente conforme Res Anel nº 2.757, de 18/08/2020.

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA E SEGURA.  
ACESSE AGORA [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura  
*Cecilia Campolina*  
 CECILIA CAMPOLINA

S  
E  
R  
P  
R  
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 23/11/96

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

FOLHA Nº 01

*Cecilia Campolina*  
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome  
 CECILIA CAMPOLINA

Nº de Inscrição  
 007192726-37

Data de Nascimento  
 01/11/68

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nome  
 CECILIA CAMPOLINA

Data de Nascimento  
 01/11/68

Nº de Inscrição  
 007192726-37

Assinatura  
*Cecilia Campolina*

22/2



NOTA DE EMPENHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

EO01118-000

02/03/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 01118-000 Venc: 02/03/2021 Ficha: 00210

Credor: 24314 - DANILO NEVES DE OLIVEIRA

CPF: 080.628.086-70

PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA PADRE PEDRO SAUSEN, 236

SASSAFRAS - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 64.758,56 Valor do empenho...: R\$ 400,00

Saldo atual...: R\$ 64.358,56 Valor liquido.....: R\$ 400,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA A REALIZACAO DE EXAME DE RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR, PARA ATENDER A DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE E LAUDO MEDICO.

Autorizo o presente empenho

Data: 02/03/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

02/03/21

Visto: Thais Castro de Oliveira Correia

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORREIA

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.

02/03/21

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

RECIBO R\$ 400,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao Municipal a importancia de R\$ 400,00 (QUATROCENTOS REAIS), referente a despesa acima mencionada.

05/03/2021

Daniilo Neves de Oliveira

DANILO NEVES DE OLIVEIRA

Documento:

Banco: Brasil

Recebedor:

Conta: 10944

Cheque: 850611

Lancament





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2017 - 2020

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

130  
GP

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS – 2021**

☒ ( x ) Licitar

☒ (x) CONTABILIDADE

☐ ( ) Efetivação de compras



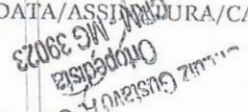
☒ ( x ) Recurso Próprio

☐ ( ) Recurso Específico/Convênio Qual?

Órgão Requisitante: Secretaria Municipal de Saúde					
Tipo de Material/Serviço: Exame					
Destino do Material/Serviço: Paciente Danilo Neves Oliveira					
Item	Quant.	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
1	1	UNID	Ressonância Magnética de coluna lombar	400,00	400,00
			<b>TOTAL</b>		400,00
OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.					
Entre Rios de Minas, 24/02/2021			 Assinatura do (a) Secretário(a)		
<input checked="" type="checkbox"/> ( X ) Deferido <input type="checkbox"/> ( ) Indeferido			 PREFEITO MUNICIPAL		
			 CONTROLE INTERNO		
Recebido em ____/____/____			Nº Protocolo ____  RESPONSÁVEL		





 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS</b>		<b>LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO</b>		<b>Nº DO LAUDO</b> _____/_____/_____		<div style="text-align: center;"> <h1>SUS</h1> <p>SISTEMA ÚNICO DE SECRETARIA MUNICIPAL DE CONGONHAS</p> </div>	
<b>01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE</b>							
<b>ORIGEM</b>		<b>CÓDIGO / SA</b>		<b>MUNICÍPIO CONGONHAS</b>			
<b>Nº PRONT.</b>		<b>CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA CARIMBO)</b>					
<b>02 - DADOS DO PACIENTE</b>							
<b>NOME</b> <i>Daniel Neves Jesus</i>				<b>DATA DE NASCIMENTO</b> <i>06/02/1986</i>		<b>SEXO</b> <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	
<b>NOME DA MÃE DO PACIENTE</b> <i>Miridete Neves de Oliveira</i>				<b>TELEFONE</b> <i>971094535</i>			
<b>RUA / LOGRADOURO</b> <i>Rua Padre Pedro Sausen</i>				<b>Nº</b> <i>236</i>		<b>COMPLEMENTO</b>	
<b>BAIRRO</b> <i>Sassaparay</i>				<b>MUNICÍPIO</b> <i>Entre Rios do Sul</i>			
<b>CEP</b> <i>35490-000</i>		<b>UF</b> <i>MG</i>		<b>Nº CONSULTA</b>		<b>CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº DO ORGÃO EXPE</b> <i>MG 14773479</i>	
<b>03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>							
<b>JUSTIFICATIVA CLÍNICA</b> <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">         Dor na região medular, no 4º          espaço dorsal, 5º medular e 1º TO com       </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">   <b>Franklin William Ribeiro B. Soares</b>          Secretário Municipal de Saúde       </div>							
<b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b> <i>Dor aguda lombar</i>						<b>CID</b> ____/____/____	
<b>CLÍNICA SOLICITANTE</b> <i>Ortopedia</i>						<b>CÓ</b>	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> <i>Obtenção de laudo de 1º TO</i>							
<b>MÉDICO SOLICITANTE (DATA/ASSINATURA/CARIMBO)</b> <i>30/12/2023</i> 				<b>CRM</b>		<b>CPF MÉDICO</b>	
<b>04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS</b>							
<b>SITUAÇÃO DO LAUDO</b> <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSO		<b>PROCEDIMENTO AUTORIZADO</b> ____/____/____		<b>DESTINO</b>		<b>CÓDIGO</b>	
		<b>MOTIVO</b>					
		<div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <i>Realizado 27/11/23</i>  <i>Duval</i> </div> <div style="text-align: center; font-size: 1.5em; font-family: cursive;">           97109-4535            99772-5749 (Patricia)         </div>					
<b>DATA DA AUTORIZAÇÃO</b>		<b>MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA/CARIMBO)</b>					

# ORIENTAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ALTO CUSTO AO SUS-1

1. OS EXAMES DE ALTO CUSTO SOMENTE SERÃO LIBERADOS PARA PACIENTES COM CONSULTAS BÁSICAS E/OU ESPECIALIZADAS REALIZADAS PELO SUS.
  2. O LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO DEVERÁ SER EMITIDO EM APENAS 1 VIA.
  3. DEVERÁ SER PREENCHIDO INTEGRALMENTE DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES A SEGUIR, COM A LETRA LEGÍVEL.
- SEÇÃO 1 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE/MUNICÍPIO SOLICITANTE.**  
 Nº DO LAUDO  
**PREENCHIMENTO NO PAM PADRE EUSTÁQUIO**  
 ORIGEM/CÓDIGO SAI/MUNICÍPIO  
 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE CREDENCIADA DO SUS ONDE FOI REALIZADA CONSULTA  
 Nº PRONT.  
 NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE NA UNIDADE.  
 CHEFIA IMEDIATA (CARIMBO/ASSINATURA)  
 PARA UNIDADES DE BH: DIRETORES/GERENTES OU PROFISSIONAIS CREDENCIADOS JUNTO AO ALTO CUSTO.  
 INTERIOR: SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU PROFISSIONAIS DESIGNADOS PELO SECRETÁRIO DE SAÚDE JUNTO AO ALTO CUSTO.  
 OBS.: ESTES PROFISSIONAIS ESTARÃO ATESTANDO QUE O PACIENTE TEVE ATENDIMENTO PELO SUS QUANDO FOI GERADO O LAUDO MI  
 DE ALTO CUSTO.
- SEÇÃO 2 - DADOS DO PACIENTE: PREENCHER INTEGRALMENTE TODOS OS ITENS.**  
**SEÇÃO 3 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO.**
- o JUSTIFICATIVAS CLÍNICAS CONSTANDO
  - o HISTÓRIA DA MOLÉSTIA, EXAME CLÍNICO, TRATAMENTO JÁ REALIZADO, COM REFERÊNCIA CRONOLÓGICAS.
  - o OBJETIVO DO EXAME SOLICITADO.

## DIAGNÓSTICO INICIAL

SUSPEITA DIAGNÓSTICA.

CID

NÚMERO CORRESPONDENTE AO DIAGNÓSTICO INICIAL.

CLÍNICA SOLICITANTE / CÓDIGO

ESPECIALIDADE MÉDICA SOLICITANTE DO EXAME / EX CARDIO 00

PROCEDIMENTO SOLICITADO

NAS ÁREAS DE MEDICINA NUCLEAR, CARDIOLOGIA, TOMOGRAFIA E ARTERIOGRAFIA.

CÓDIGO

Nº DE CÓDIGO DO EXAME NA TABELA SUS. EX/TC. CRÂNIO=450.2

MÉDICO SOLIC. (DATA/CARIMBO/ASSIN/CRM/CPF DO MÉDICO)

IDENTIFICAÇÃO COMPLETA DO MÉDICO SOLICITANTE - DATA DA EMISSÃO DO LAUDO

**SEÇÃO 4 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS**

O PREENCHIMENTO DESTA ESTÁ A CARGO EXCLUSIVO DO PAM PADRE EUSTÁQUIO - COMISSÃO DE ALTO CUSTO.

IV - O LAUDO SERÁ AVALIADO APÓS A ENTREGA NO PAM PADRE EUSTÁQUIO EM 48 HORAS.

V - DE POSSE SO MESMO, O PACIENTE DEVERÁ MARCAR IMEDIATAMENTE O EXAME VISTO QUE O LAUDO SÓ TERÁ VALIDADE DE 30 DIAS APÓS A

LIBERAÇÃO DO EXAME.

VI - O LOCAL DE REALIZAÇÃO DO EXAME SERÁ INDICADO POR ESTE PAM, DE ACORDO COM DISPONIBILIDADE DE VAGAS.

## 05 - REAVALIAÇÃO DE LAUDO INCONCLUSIVO

SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSO	_____ MOTIVO		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA/CARIMBO).		CRM

*Franklin William Ribeiro B. Soares*  
 Secretário Municipal de Saúde



Cartão do Usuário

Sistema Único de Saúde

Sistema Único de Saúde

DANILO NEVES DE OLIVEIRA

Data Nasc.: 06/02/1986

Sexo: M

700 0072 3813 2006



SUS

fronte

verso

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
E CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME**  
DANILO NEVES DE OLIVEIRA

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF**  
MG14773479 SSP MG

**CPF**  
080.628.086-70

**DATA NASCIMENTO**  
06/02/1986

**FILIAÇÃO**  
ALISSIDETE NEVES DE OLIVEIRA

**PERMISSÃO** **ACC** **CAT. HAB.**  
B

**Nº REGISTRO**  
05139146177

**VALIDADE**  
13/11/2020

**1ª HABILITAÇÃO**  
07/02/2011

**OBSERVAÇÕES**

*Daniilo Neves de Oliveira*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
CONSELHEIRO LAFAIETE, MG

**DATA EMISSÃO**  
09/03/2018

*Cesar Augusto Monteiro A. Junior*  
Diretor DETRAN/MG

**41871210865**  
**MG530405512**

ASSINATURA DO EMISSOR

**MINAS GERAIS**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1635183404

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1635183404

AGÊNCIA  
PAIS  
PRÓXIMA  
AV BENEDITO VALADARES, 100  
CENTRO  
De 14:00 às 16:00

Fale com a  
COPASA 115

JOAQUIM NEVES  
R PADRE PEDRO SAUSEN, 236  
SASSAFRAS  
ENTRE RIOS DE MINAS

35.490.000  
MG

REFERÊNCIA DA FATURA				
Número	Data de Emissão	Data de Apresentação	Mês	Grupo
001.17.215/3350-3	10/04/2017	10/04/2017	04/2017	650

MATRÍCULA
0 000 449 000 1

QUANTIDADE DE UNIDADES ATENDIDAS				
SERVIÇO	Social	Residencial	Comercial	Industrial
Água		1		
Esgoto				

IDENTIFICADOR USUÁRIO
0 000 021 040 8

HIDRÔMETRO		LEITURA		CONSUMO FATURADO		
	Atual	Anterior	Próxima	Dias	m³	Litros
A115 0052159	10/04/2017 707	20/03/2017 701	10/05/2017	29	16	16.000

HISTÓRICO DE CONSUMO			
Volume Faturado Litros	Dias entre medições	Média Diária Litros	

CONSUMO MÉDIO	
m³	litros
17	

Abv/2017	16.000	29	551
Mar/2017	19.000	33	575
Fev/2017	15.000	28	535
Jan/2017	18.000	29	620
Dez/2016	16.000	32	500
Nov/2016	17.000	30	566
Out/2016	12.000	30	400
Set/2016	14.000	31	451
Ago/2016	16.000	30	533
Jul/2016	14.000	30	466
Jun/2016	14.000	32	437
Mai/2016	11.000	30	366

SEU CONSUMO/CUSTO DIÁRIO	
551	litros de água
Água	Esgoto
R\$ 2,33	R\$ 0,00

TARIFA								
CÁLCULO RESIDUAL								
Faixas de consumo em 1.000 litros	Consumo da faixa em 1.000 litros	Unidades Atendidas	Volume Total	R\$/ Mil Litros Água	Valor Água R\$	R\$/ Mil Litros Esgoto	Valor Esgoto R\$	Sub Total R\$
FIXA	---	1	---	---	14,15	---	0,00	14,15
0 A 5	5,00.000	1	5,00	3,74000	3,70	0,00000	0,00	3,70
5 A 10	5,00.000	1	5,00	2,76800	13,94	0,00000	0,00	13,94
10 A 15	5,00.000	1	5,00	5,83900	29,20	0,00000	0,00	29,20
15 A 20	1,00.000	1	1,00	6,82000	6,82	0,00000	0,00	6,82
SOMA	16,00.000		16,00		67,81		0,00	67,81

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS / LANÇAMENTOS		
ABASTECIMENTO DE AGUA		67,81
MULTA P/ATRASSO /MES 03/2017 FAT: 00117158224991		1,76

TRIBUTOS INCIDENTES SOBRE O FATURAMENTO: PIS/COFINS - VALOR: R\$4,59

POUPE TEMPO. DÉBITO AUTOMÁTICO.  
MELHOR PARA VOCE. CONSULTE SEU BANCO.

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
08/05/2017	*****R\$69,57

#### INFORMAÇÕES GERAIS

#### INFORMAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DA ÁGUA (Port. N° 2914-Min. da Saúde-Dec. N° 5440)

Período:	Número de Amostras				
10/2017	Cloro	Coliformes Totais	Cor	Escherichia coli	Fluoreto(*)
					Turbidez



# Laudo Médico

136  
A

## RAIO X - COLUNA LOMBO SACRA Clínico

Nome :	DANILO NEVES DE OLIVEIRA	Nascimento :	06/02/1986
Documento :	MATRÍCULA EMPRESA	Numeração :	186484
Empresa :	*****	Cargo / Função :	*****
Convênio :	SUS		

Data do Exame :	15/01/2021	Médico Solicitante:	*****
Nº de Incidências do Exame (Confirmar Quantidade)	2	Nº da película da incidência AP	1
Nº da película da incidência DINÂMICA		Nº da película da incidência EXTENSÃO	
Nº da película da incidência FLEXÃO		Nº da película da incidência LATERAL	
Nº da película da incidência OBLÍQUA		Nº da película da incidência PE	1

Corpos vertebrais de altura preservada  
Espaços intervertebrais de amplitude normal  
Pêdiculos íntegros



Dr. Antonio Carlos H. Lopes  
Médico Radiologista  
CRM 52.444-0



Assinado por ANTONIO CARLOS HEISS LOPES (CPF 473.673.857-04) em 2021-01-15T16:30:35-03:00.

Para verificar a validade deste laudo acesse <http://rwesistemas.com.br>

Código para Validação : 1EAC-5E03-1102-674B

Documento eletrônico assinado digitalmente. Validade jurídica assegurada conforme MP 2.200-2/2001



roundcube



E-mail

Contatos

Configurações

137  
137

Voltar Criar email Responder Responde Encamin Excluir Mover Imprimir Spam Marcar Mais

## Caixa de entrada

Rascunhos

Enviados

Spam

Lixeira

Enviadas

Lixeira

Rascunhos

## Re: orçamento urgente pa...

Carregando...

De **Clinic Savassi (Sr. Miari)**  
Para **Ariana - Secretaria de saúde - ERM**  
Data **Hoje 10:18**

Bom dia,

TABELA SOCIAL ... (~475 KB)

Consigo fazer o valor de tabela social, sai a R\$ 400,00 reais e se precisar do contraste aumenta R\$50,00 reais, o contraste só é usado quando paciente ja tiver operado a coluna a mesmo de 2 anos ou se o aparelho acusar alguma lesão, a não ser isso não é usado. SEGUE O ANEXO DA TABELA SOCIAL COM EXAMES QUE REALIZAMOS.

Obrigada!

Isabella Amorim

Em quarta-feira, 24 de fevereiro de 2021 10:07:00 BRT, Ariana - Secretaria de saúde - ERM <comprassaude@entreriosdeminas.mg.gov.br> escreveu:

Bom dia, gostaria de solicitar o orçamento do exame de Ressonância magnética da coluna lombar. Desde já agradeço e fico no aguardo o mais breve possível.

Att,



Ariana Resende

Secretaria de Saúde

Prefeitura Municipal de Entre Rios de Minas  
Tel: (31) 3751-2169

Carregando...



## NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº:2021/57

Emitida em:  
11/03/2021 às 09:50:51Competência:  
11/03/2021Código de Verificação:  
4f0d91d0

SR MIARI SERVICOS LTDA.

CPF/CNPJ: 65.146.540/0003-95

Inscrição Municipal: 0392199/003-5

RUA RIO GRANDE DO NORTE, 619, LOJA 1 SALA 01, Funcionários - Cep: 30130-131

Belo Horizonte

MG

Telefone:

Email:

## Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 080.628.086-70

Inscrição Municipal: Não Informado

DANILO NEVES DE OLIVEIRA

RUA PADRE PEDRO SAUSEN, 236, SASSAFRAS - Cep: 35490-000

Entre Rios De Minas

MG

Telefone: Não Informado

Email: Não Informado

## Discriminação do(s) Serviço(s)

RM DA COLUNA LOMBAR, SEM CONTRASTE.

## Código de Tributação do Município (CTISS)

0402-0/03-88 / Radiologia, endoscopia, ultrassonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia, eletricidade médica, audiometria e congêneres.

## Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:

4.02 / Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

## Cod/Município da incidência do ISSQN:

3106200 / Belo Horizonte

## Natureza da Operação:

Tributação no município

## Valor dos serviços:

R\$ 400,00

## Valor dos serviços:

R\$ 400,00

(-) Descontos:

R\$ 0,00

(-) Deduções:

R\$ 0,00

(-) Retenções Federais:

R\$ 0,00

(-) Desconto Incondicionado:

R\$ 0,00

(-) ISS Retido na Fonte:

R\$ 0,00

(=) Base de Cálculo:

R\$ 400,00

Valor Líquido:

R\$ 400,00

(x) Alíquota:

3%

(=) Valor do ISS:

R\$ 12,00



Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda

Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.

Dúvidas: SIGESP



## NOTA DE EMPENHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

ED00658-000

26/01/2021

Modelo: EQ - ORDINARIO

Num: 00658-000

Venc: 26/01/2021

Ficha: 00210

Credor: 10867 - DARCI DE SOUSA MAIA SANTOS

CPF: 750.341.406-59

PIS: 17047035182 CBO:

Tel: (00) 0000-0000

Endereço: RUA SUACUI, 81

CENTRO - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificação:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcad.: 10 - SAUDE

Subfuncad.: 301 - ATENCAO BASICA

Programa.: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENCAO DA SAUDE BASICA NO MUNICIPIO

Conta.: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXILIOS FINANCEIROS PESSOAS FISICAS

Tipo.: 00 - OUTROS AUXILIOS FINANCEIROS A PESSOAS FISICAS

Fonte.: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAUDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 98.483,81 Valor do empenho.: R\$ 780,00

Saldo atual.: R\$ 97.703,81 Valor liquido.: R\$ 780,00

Historico: AJUDA FINANCEIRA PARA EXAME DE GENOTIPAGEM, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 26/01/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF: 087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF: 439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

## LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

26 / 01 / 21

## AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa

26 / 01 / 21

Visto:

FRANKLIN WILLIAM RIBEIRO BATIS

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE

CPF: 102.338.856-17

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF: 087.179.076-91

VALOR R\$ 780,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao Municipal a importancia de R\$ 780,00 (SETECENTOS E OITENTA REAIS), referente a despesa acima mencionada.

08 / 02 / 2021

Darcy de Sousa Maia Santos  
DARCI DE SOUSA MAIA SANTOS

Documento:

Recebedor:

Banco:

Brasil

Conta:

1094.4

Cheque:

850592

Lancament





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2017 - 2020

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS – 2021**

☒ ( x ) Licitar

☒ (x) CONTABILIDADE

☐ ( ) Efetivação de compras

☒ ( x ) Recurso Próprio

☐ ( ) Recurso Específico/Convênio Qual?

Órgão Requisitante: Secretaria Municipal de Saúde

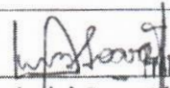
Tipo de Material/Serviço: Exame

Destino do Material/Serviço: Paciente Geovane de Souza Maia


Item	Quant.	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
1	1	UNID	Exame de genotipagem	780,00	780,00
			<b>TOTAL</b>		780,00


OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 26/01/2021

  
Assinatura do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde

☒ ( x ) Deferido ☐ ( ) Indeferido

  
PREFEITO MUNICIPAL

  
CONTROLE INTERNO

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº Protocolo \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL

OBS: Paciente necessita deste exame para comprovar doença e ganhar do Estado o medicamento adequado para doença.

# REQUERIMENTO

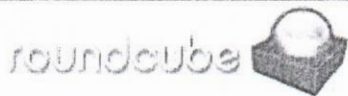
Eu Darci de Sousa Maia Santos venho por meio deste requerer do município o exame de genotipagem para meu irmão Geovane de Souza Maia, paciente especial e agora diagnosticado com Hepatite C, precisando tomar medicação específica para a doença, porém é necessário que ele realize este exame para saber a dosagem do medicamento necessário para seu tratamento, além de ser necessário apresentar o exame para que ela ganhe tal medicamento pelo estado.

Uma vez que não tenho condições financeira para arcar com o custo deste exame venho solicitar que o senhor Secretário de Saúde juntamente com o prefeito a sensibilidade do custeio para este procedimento.

Fico no aguardo do deferimento.

*Darci de Sousa Maia Santos*  
Entre Rios de Minas, 22 de janeiro de 2021





E-mail

Contatos

Configurações

142  
08

Voltar Criar email Responder Responde Encamin Excluir Mover Imprimir Spam Marcar Mais

## Caixa de entrada 6

Rascunhos

Enviados

Spam

Lixeira

Enviadas

Lixeira

Rascunhos

## Orçamento Exame Laboart...

Mensagem 7 de 3237

De **Laboratorio DEL-REY Delrey**  
Para **Ariana - Secretaria de saúde - ERM**  
Data **Sex. 17:07**

Prezada Ariana, o valor do exame do paciente Geovane de Souza Maia é 780,00.

Leandro Lima

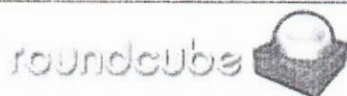
**DEL REY****LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

DESDE 1975

RUA FREDERICO OZANAN, 130, CENTRO,  
ENTRE RIOS DE MINAS, 35490-000, MG  
TEL.: (31) 3751-1757

*"O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.*

*Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis."*



E-mail

Contatos

Configurações

Voltar

Criar email

Responder

Responde

Encamin

Excluir

Mover

Imprimir

Spam

Marcar

Mais

## Caixa de entrada

3

Rascunhos

Enviados

Spam

Lixeira

Enviadas

Lixeira

Rascunhos

## orçamento

Mensagem 2 de 3230

De **Labo Rios Laboratorio**  
Para **Comprassaude**  
Data **Hoje 12:40**

Boa tarde Ariana!

O valor do exame **Genotipagem do HCV** é de R\$ 1.300,00.

Att,

Elizangela Moraes  
Labo Rios  
(31)3751-1415



(31) 999 247838

MM  
P

**MAT.:**

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

**REQUISIÇÃO DE EXAME**

**Unidade**

--	--

**Médico**

--	--	--

**Lab.:**

**DATA DE NASCIMENTO**

**NOME DO PACIENTE**

Geovane de Souza Maia

**ASSINATURA DO PACIENTE**

X

**JUSTIFICATIVA CLÍNICA - SE NECESSÁRIO USE O VERSO**

Hep. C.

**MATERIAL**

**EXAME**

**MATERIAL**

**CÓDIGO SIA SUS**

1 Sangue

Genotipagem p/ HCV

2

3

4

5

6

Dr. Ana Beatriz Castello Branco F. Pires

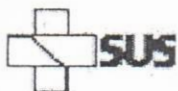
CRM-MG 82340  
CONTRÓLE 3343154

04/01/2021

**DATA**

**ASSINATURA DO PROFISSIONAL**

**AUTORIZAÇÃO**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e  
Infecções Sexualmente Transmissíveis

## Formulário para Solicitação de Exa Genotipagem do Vírus da Hepati

<b>DADOS DA INSTITUIÇÃO</b>				
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*	2. CNES*			
<b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>				
3. CNS do(a) paciente*	Nome completo do(a) usuário(a)*	7. Preferência de id		
	5. Oficial Geovane de Sousa Maia	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Ofici 2. Soci		
4. Data de nascimento*	6. Social	8. Sexo*		
		<input checked="" type="checkbox"/> 1. Fem 2. Mas		
9. Nacionalidade	10. Raça/Cor	11. Etnia	12. Nome da mãe*	
	<input type="checkbox"/> 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada			
13. Número da identidade	14. CPF	15. Número GAL		
16. Endereço*	17. Número*	18. Complemento		
19. Bairro	20. Município*	21. Cód. IBGE	22. UF*	23. CEP*
24. Telefone	25. País	26. Prontuário	27. Gestante*	28. Escolaridade (em anos)
			<input type="checkbox"/> 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma 2. De 1 a 3 3. De 4 a 7 4. De 5. De 12 e mais 6. Não informado 7. Ignor
29. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*				30. CPF do(a) responsável
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME</b>				
31. Código do procedimento		32. Nome do procedimento		
02.02.03.021-0		Genotipagem de Vírus da Hepatite C		
<b>DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO</b>				
33. Última quantificação do RNA do HCV*			33.1 Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem?	
Data	UI/mL	Log	Solicitação de exame de carga viral na mesma data? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	
01/12/2020	6.086.227	6,78		
<b>DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
34. CID 10	35. Nome do profissional solicitante*	36. Documento do profissional solicitante*	37. Assinatura e carimbo do profi	
B18.2	Ana Beatriz E.B.F. Pires	CPF:		
38. Registro do conselho profissional*	39. Data do preenchimento	CNS:		
Conselho/UF/Nº				
CRM/MG/82340	04/01/2021			
<b>PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA</b>				
40. Nome da instituição (Carimbo padrão)*			41. Data da coleta*	42. Hora da coli
				:
43. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem: coleta de amostra de carga viral na mesma data? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
<b>PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>				
44. Nome da instituição (Carimbo padrão)*		45. CNES*	46. Data do recebimento*	47. Hora do rec
				:
48. Genótipo*		49. Subtipo	50. Metodologia utilizada	

\* Preenchimento obrigatório

www.aids.gov.br (versão 3 – 14/06/2019)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-12.889.746 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/02/2011

NOME GEOVANE DE SOUSA MAIA

FILIAÇÃO JOSE DE MIRANDA MAIA  
MARIA OLANDA DE SOUSA MAIA

NATURALIDADE ENTRE RIOS DE MINAS-MG DATA DE NASCIMENTO 19/9/1978

DOC. ORIGEM NASC. LV-39A FL-68V

ENTRE RIOS DE MINAS-MG

CPF 042533666-27

PIC-1952

LETÍCIA ALESSI MACHADO ROGÉDO  
ASSINATURA DO DIRETOR

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

60-09

ASSINATURA DO TITULAR

Carteira de Identidade

Assinatura: *Geovane de Sousa Maia*

Foto: 

Assinatura: 

146/88

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

GEOVANE DE SOUZA MAIA

Data Nasc.: 19/09/1978

Sexo: M

703 2096 1286 9895



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.  
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS

947  
OP



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-6.508.070 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/04/2000

NOME DARCI DE SOUSA MAIA SANTOS

FILIAÇÃO JOSE DE MIRANDA MAIA  
MARIA OLANDA DE SOUSA MAIA

NATURALIDADE ENTRE RIOS DE MINAS-MG DATA DE NASCIMENTO 31/8/1968

DOB-ORIGEM CAS. LV-1BAUX FL-337

ENTRE RIOS DE MINAS-MG

CPF 750341406-59

RTI-1312 *João Roberto L. Cunha* ASSIN. MÁRIO GIMENES CUNHA 2.VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

responsável

148  
148



CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.

CNPJ 06.981.180/0001-16

Inscr. Estadual 062.322136.0087

Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1

Santo Agostinho - CEP 30.190-131

Belo Horizonte - MG - Brasil

Emissão: 18/12/2020 Impressão: 18/12/2020 13:29:13 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criado pela

Emissão autorizada pelo Regime Especial/PTA N° 45.00009762.37 - SEF/MG Lei n° 10.438 de abril de 2002

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Série: U1

NF: 260626520

Controle:

02.136/R4SODEBB881/0017

DARCI DE SOUSA MAIA SANTOS

Nº DO CLIENTE: 7201314278

RUA DIRETORA MARIA AUGUSTA  
SILVA 101 CS ANOSSA SENHORA DAS BROTAS  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
CEP: 35490-000

MEDIDOR N°: AME153139192

Nº da Instalação  
3013467847Subclasse  
RESIDENCIALClasse  
Residencial  
Monofásico

Datas de Leitura

Anterior Atual Próxima

19/11 18/12 20/01

Modalidade Tarifária

Tarifa Convencional

Informações Técnicas				
Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo kWh
Energia Elétrica	7027	7221	1	194

## VALORES FATURADOS

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	194	0,98003679	190,11

## ENCARGOS/COBRANÇAS

Descrição	Valor R\$
Juros 1%am sobre conta 11/2020 pg 10/12/20	0,19
Correção IGPM sobre conta 11/2020 pg 10/12/20	0,60
Multa 2% sobre conta de 11/2020	3,80

## TARIFAS APLICADAS (Sem Impostos)

Energia Elétrica kWh	0,65686966
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)	
BANDEIRA VERMELHA P2	11,20

CPF: 750.341.406-59

Pág 1 de 1

RESERVADO AO FISCO 6E7C.854B.4EFB.F614.D7A2.4456.0F74.89C2

REFERENTE A		VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
DEZ/2020		06/01/2021	R\$ 194,70
Base de Cálculo (R\$):		Alíquota%:	Valor (R\$):
ICMS	190,11	30,00	R\$ 57,03
PASEP	133,08	0,76	R\$ 1,01
COFINS	133,08	3,49	R\$ 4,64
Histórico do Consumo			
Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/dia	Dias de Faturam.
NOV/2020	206	6,86	30
OUT/2020	223	6,96	32
SET/2020	253	8,43	30
AGO/2020	234	7,09	33
JUL/2020	192	6,85	28
JUN/2020	190	6,33	30
MAI/2020	191	6,82	28
ABR/2020	185	5,60	33
MAR/2020	224	7,22	31
FEV/2020	217	7,48	29
JAN/2020	249	7,54	33
DEZ/2019	195	6,96	28
REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES			

NOV/2020 Band. Verde - DEZ/2020 Band. Verm. P2

Tarifa vigente conforme Res Aneel n° 2.757, de 18/08/2020.

O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.

É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade exercida no local.

Faça sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)

Leitura realizada conf. calendário de faturamento.



Nº

RECIBO

VALOR

780,00

Recebi(emos) de Gianni de Sousa min

a quantia de

Setecentos e oitenta

correspondente a

Edmo

e para clareza firmo (amos) o presente

Entre Rio de Janeiro08

de

Fevereiro

de

2021Robucella

Assinatura

Nome:

CPF/CNPJ

150

11.768.258/0001-59  
LABORATORIO DE ANALISES  
CLINICAS DEL REY LTDA  
RUA FREDERICO OZAMIAN, 130  
CENTRO  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
CEP 35.490-000



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais - CNPJ: 20.356.747/0001-94 - Telefone: (31) 3751-1232


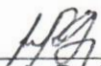
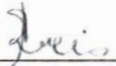
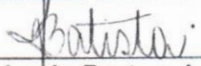
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

( x ) Para Licitar - ( ) Efetivação de compras - ( x ) Recurso Próprio	<b>Ficha</b>	
( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Fonte</b>	<b>102</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde	
<b>Sector:</b>	Saúde	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exame de ressonância magnética	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Marcio Cardoso dos Santos	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	UN	Ressonância magnética multipavamétrica da próstata	R\$ 490,00	R\$490,00
Total:				R\$: 490,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexistência e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 28/09/2021.	Requisição elaborada por: Ariana Aparecida de Resende
Memorando se houver:	

( x ) Deferido - ( ) Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: <u>1743</u> , <u>29/09/21</u> .  Responsável pelo Protocolo



# NOTA DE EMPENHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

ED00168-000

04/01/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 00168-000 Venc: 04/01/2021 Ficha: 00210

Credor: 07177 - HELENA DE ALMEIDA DA CUNHA

CPF: 037.057.987-90 PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA ANTONIO REIS FILHO, 67

RIBEIRO DA - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitacao:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa....: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENCAO DA SAUDE BASICA NO MUNICIPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXILIOS FINANCEIROS PESSOAS FISICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXILIOS FINANCEIROS A PESSOAS FISICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAUDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 109.234,26 Valor do empenho....: R\$ 800,00

Saldo atual....: R\$ 108.434,26 Valor liquido.....: R\$ 800,00

istorico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME DE COLONOSCOPIA, CONFORME DEMANDA DA SECRETRIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 04/01/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

## LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

04 / 01 / 2021

Visto:

FRANKLIN WILLIAM RIBEIRO BATIS  
SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE  
CPF:102.338.856-17

## AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.

04 / 01 / 2021

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

RECIBO R\$ 800,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao municipal a importancia de R\$ 800,00 (OITOCENTOS REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

20 / 01 / 2021

HELENA DE ALMEIDA DA CUNHA

Documento:

Banco: Brasil

Recebido:

Conta: 5094-4

Cheque: 850571

Lancament



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2017 - 2020

Estado de Minas Gerais - CNPJ: 20.356.747/0001-94 - Telefone: (31) 3751-1232

253  
10

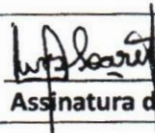
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS - 2020**

☒ Para Licitar

☐ Efetivação de compras

☒ Recurso Próprio

☐ Recurso Específico/Convênio Qual?

Órgão Requisitante: Secretaria Municipal de Saúde					
Tipo de Material/Serviço: Exame de colonoscopia					
Destino do Material/Serviço: Paciente Helena de Almeida Cunha					
Item	Quant.	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
1	1	SV	Colonoscopia	800,00	800,00
OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.					
Entre Rios de Minas, 06/01/2021			 Franklin William Ribeiro B. Soares Secretário Municipal de Saúde Assinatura do (a) Secretário(a)		
<input checked="" type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido			 PREFEITO MUNICIPAL		
			 CONTROLE INTERNO		
Recebido em ____/____/____ Nº Protocolo ____			_____ RESPONSÁVEL		





Associação Hospitalar  
Bom Jesus

RECEITUÁRIO MÉDICO

Helena de Almeida  
Gomes

Colo me co pro

Ind:

Oscar O. J. Azeite

818120

Dr. Carlos Eduardo Azeite  
CRM 46100

Rua Padre Leonardo, 147 - Centro - Congonhas - MG - Fone: (31) 3732-3200

que em anexo o preparo para o exame de colonoscopia da Paciente Helena de Almeida cunha, a ser realizado no dia 12/01/2021, as 8:00, no valor de R\$ 800,00 com dr. Raphael Rettore.

**Grata,**  
**Adriana Martins**  
**3751-1629**

155  
①

- Hospital Passiano Pampelina -

- Colonoscopia - Helena de Almeida Cunha.







CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
CNPJ 06.981.180/0001-16  
Inscr. Estadual 062.322136.0087  
Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1  
Belo Horizonte - MG - Brasil  
CEP 30.190-131

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Série: U1 NF: 242049983

Controle:

02.136/R4SODBB881/0067

Emissão: 08/10/2020 Impressão: 11/10/2020 15:04:21 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criado pela  
Emissão autorizada pelo Regime Especial/PTA Nº 45.000009762.37 - SEF/MG Lei nº 10.438 de abril de 2002

HELENA DE ALMEIDA CUNHA

Nº DO CLIENTE: 7201390274

RUA ALCIDES TEODORO PINTO 9

Nº da Instalação

Subclasse

Classe

CS casa

3012563511

Residencial Baixa Renda

Residencial Monofásico

RIBEIRO CARDOSO

Datas de Leitura

Modalidade Tarifária

ENTRE RIOS DE MINAS - MG

Anterior Atual Próxima

Tarifa Convencional

CEP: 35490-000

09/09 08/10 10/11

MEDIDOR Nº: AMH146079023

Informações Técnicas				
Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo kWh
Energia Elétrica	3405	3485	1	80

#### VALORES FATURADOS

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia até 30 kWh	30	0,19952083	5,97
Energia de 31 a 80 kWh	50	0,34204167	17,09

#### ENCARGOS/COBRANÇAS

Descrição	Valor R\$
Dif. recálculo tarifa integral	22,51

#### TARIFAS APLICADAS (Sem Impostos)

Energia até 30 kWh	0,19154000
Energia de 31 a 80 kWh	0,32836000

#### ABATIMENTOS E DEVOLUÇÕES

Subsídio tarifa líquida	-21,62
-------------------------	--------

CPF: 037.057.987-90

Pág 1 de 1

RESERVADO AO FISCO 8248.9790.38DB.527A.2FA6.7AF1.A39A.0F8B

REFERENTE A		VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
OUT/2020		06/11/2020	R\$ 23,95
Base de Cálculo (R\$):		Alíquota%:	Valor (R\$):
ICMS	45,57	0,71	R\$ 0,31
PASEP	45,57	3,29	R\$ 1,49
COFINS	45,57		
Histórico do Consumo			
Mês/Ano	Consumo kWh	Media kWh/dia	Dias de Faturam.
SET/2020	75	2,50	30
AGO/2020	88	2,66	33
JUL/2020	74	2,55	29
JUN/2020	82	2,82	29
MAI/2020	105	3,18	33
ABR/2020	90	3,21	28
MAR/2020	94	2,93	32
FEV/2020	82	2,73	30
JAN/2020	82	2,64	31
DEZ/2019	83	2,96	28
NOV/2019	85	2,65	32
OUT/2019	71	2,44	29

#### REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES

FATURAMENTO PELA TARIFA SOCIAL DESCONTO DE R\$ 21,62

SET/2020 Band. Verde - OUT/2020 Band. Verde

Tarifa vigente conforme Res Aneel nº 2.757, de 18/08/2020.

Pela legislação regulatória, os descontos a que se refere o Decreto Federal 7.891/13 também integram a base de cálculo do PASEP e COFINS.

O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.

É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA E SEGURA.

ACESSE AGORA [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)



CÓDIGO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

008068812661

VENCIMENTO

\*\*/\*\*/\*\*\*\*

TOTAL A PAGAR

\*\*\*\*\*

REFERENTE A: OUT/2020 Nº DA INSTALAÇÃO: 3012563511

\*\*\* ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO É VÁLIDO PARA PAGAMENTO \*\*\*

Esse valor será somado à próxima conta sem multa. Caso queira, o código de barras para pagamento antecipado poderá ser solicitado em um Posto de Atendimento Presencial Cemig ou Central de Atendimento, telefone 116.



## RELATÓRIO SOCIAL

Paciente: Helena de Almeida Cunha – 29/12/1973

Endereço: Rua Alcides Teodoro Pinto nº97, bairro: Ribeiro Cardoso.

Sra. Helena é acompanhada pelo CRAS Centro de Referência da Assistência Social desde 2017. Acolhemos sua demanda de acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), mediante apresentação de laudo médico. Na ocasião relatava estar sofrendo de Depressão e outras doenças.

A solicitação do referido Benefício foi indeferido, O INSS entendeu que a mesma tinha condição de trabalho.

Foi orientada a tentar novamente mediante diversos problemas de saúde, e relatos de que não consegue mais trabalhar. Que deveria se consultar com o especialista e solicitar laudo médico para que pudéssemos dar entrada no pedido junto ao INSS novamente.

Recentemente Helena acessou o equipamento novamente com o desejo de tentar novamente o BPC, pois seu quadro de saúde se agravou e que estava passando por dificuldades financeiras.

Mediante solicitação da Sra. Helena foi realizado visita domiciliar pois relata que não consegue andar, que sente muita dor e que não quer sair de casa para nada e nem receber ninguém além da Assistente Social. Relatava estar muito mal sem comer e acamada. Foi oferecido a ela uma visita me conjunto com a saúde, tanto com profissionais da Equipe de Saúde da Família Valéria Baeta onde é referenciada como também da Saúde Mental, Porém se manteve extremamente resistente em receber outros profissionais da rede.

Na ocasião se apresentava bastante debilitada, havia se consultado com um médico cirurgião que solicitou alguns exames de sangue e uma Colonoscopia a qual declara não possuir condições de pagar e não conseguiu realizar via SUS. E que precisava do Benefício BPC para pagar o exame.

Ass. Social  
23/12/20  
GR

## PREPARO E ORIENTAÇÕES PARA COLONOSCOPIA

No dia anterior ao exame:

- Manter uma dieta sem resíduos, a base de líquidos de cores claras como: água, água de coco, sucos coados, chás de cor clara, isotônicos, caldos, sopas, torradas, biscoitos, gelatinas, ovo, arroz, batata cozida e carnes brancas – peixe e filé de frango.  
Não comer alimentos integrais e de cor escura ou vermelha, leite e derivados.
- **AS 16:00HRS** tomar 03 comprimidos de Bisacodil 5mg. Após esse horário são permitidos apenas líquidos de cores claras. E diluir 10 envelopes de MUVINLAX 14 GRAMAS ou 7 envelopes de PEGLAX 17 GRAMAS em 1 litro de água, suco de laranja ou suco de limão coado e tomar 1 copo de 250ml da solução de 15 em 15 minutos até acabar.
- **A NOITE (entre as 20:00 e 22:00hrs)**, tomar 03 comprimidos de Bisacodil 5mg. Diluir 10 envelopes de MUVINLAX 14 GRAMAS ou 7 envelopes de PEGLAX 17 GRAMAS em 1 litro de água, suco de laranja ou suco de limão coado e tomar 1 copo de 250ml da solução de 15 em 15 minutos até acabar.
- Após tomar o preparo, pode ingerir água ou outros líquidos claros sem resíduos.
- É importante se movimentar dentro de casa para ajudar no preparo intestinal.
- Jejum absoluto 4 horas antes do exame.

### IMPORTANTE!

- Para realização da colonoscopia, o preparo intestinal é muito importante para que o exame tenha o máximo de segurança e eficácia. O preparo estará adequado quando as fezes estiverem líquidas sem resíduo. O preparo é de responsabilidade do paciente, e, se não estiver adequado o exame não será realizado.
- Medicamentos de pressão alta: tomar normalmente, inclusive no dia do exame.
- Comparecer no dia do exame com 30 minutos de antecedência.
- É obrigatório trazer um acompanhante com mais de 18 anos.
- O paciente não pode dirigir após o exame.
- Roupas leves.
- RISCO CIRÚRGICO É OBRIGATORIO.

Risco Cirúrgico (P.S.F. Roberto Indris) Vanessa  
- Exame Sangue (Hemograma  
Reagulograma)



Nº

## RECIBO

R\$

800,00

Recebi(emos) de

Helena de Almeida da Cunha

Endereço

Entre Rios de Minas

a importância de

oitocentos reais

referente

Colonoscopia

Para maior clareza firmo(amos) o presente.

Entre Rios de Minas

26

de

janeiro

de 2021

Emitente

Endereço

CNPJ - CPF - RG

Dr. Raphael F. Retore Mendes  
GASTROENTEROLOGIA  
CRM 56840  
CONTROLE 0769889

ASSINATURA

CRFEE

160

## NOTA DE EMPENHO

E000475-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

20/01/2021

Modelo: ED - ORDINARIO

Num: 00475-000

Venc: 20/01/2021

Ficha: 00210

Credor: 24262 - SHIRLEI MARIA DE OLIVEIRA

CPF: 025.017.826-84

PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereço: RUA MONSENHOR LEAO, 117

CENTRO - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc. Licitação:

RE:

Classificação:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.: 10 - SAUDE

Subfuncao.: 301 - ATENCAO BASICA

Programa.: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENCAO DA SAUDE BASICA NO MUNICIPIO

Conta.: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXILIOS FINANCEIROS PESSOAS FISICAS

Tipo.: 00 - OUTROS AUXILIOS FINANCEIROS A PESSOAS FISICAS

Fonte.: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAUDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 102.333,81 Valor do empenho.: R\$ 3.850,00

Saldo atual.: R\$ 98.483,81 Valor liquido.: R\$ 3.850,00

Historico: AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME ALS8, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 20/01/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

## LIQUIDACAO

Confirma receb. do Material ou Servico.

20 / 01 / 21

## AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa

20 / 01 / 21

Visto:

FRANKLIN WILLIAM RIBEIRO BATIS

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE

CPF:102.338.856-17

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

E C I B O R\$ 3.850,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao Municipal a importancia de R\$ 3.850,00 (TREs MIL, OITOCENTOS E CINQUENTA REAIS), referente a despesa acima mencionada.

05 / 02 / 2021

SHIRLEI MARIA DE OLIVEIRA

Documento:

Recebador:

Lancament

Banco:

Conta:

Cheque:

850 386





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2017 - 2020

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS – 2021**

☒ ( x ) Licitar

☒ (x) CONTABILIDADE

☐ ( ) Efetivação de compras

☒ ( x ) Recurso Próprio

☐ ( ) Recurso Específico/Convênio Qual?

Órgão Requisitante: Secretaria Municipal de Saúde

Tipo de Material/Serviço: Exame

Destino do Material/Serviço: Paciente Shirlei Maria de Oliveira


Item	Quant.	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
1	1	UNID	ALS8	3.850,00	3.850,00
			<b>TOTAL</b>		3.850,00

OBS: Em caso de dispensa, inexistência e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 20/01/2021

  
Assinatura do(a) Secretário(a) de Saúde

☒ ( X ) Deferido ☐ ( ) Indeferido

  
PREFEITO MUNICIPAL

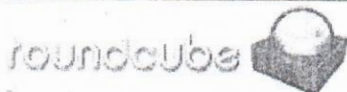
  
CONTROLE INTERNO

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº Protocolo \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL

**OBS:** Paciente com quadro de fraqueza muscular progressiva, predominante em membros inferiores (neurônio motor).

Mãe e irmã já se encontram em cadeiras de rodas, sendo assim médico solicita tal exame para diagnosticar se este comprometimento é genético e concluir qual tratamento fazer antes que a mesma também comece a depender de cadeiras de rodas.



E-mail

Contatos

Configurações

Voltar Criar email Responder Responde Encamin Excluir Mover Imprimir Spam Marcar Mais

## Caixa de entrada

Rascunhos

Enviados

Spam

Lixeira

Enviadas

Lixeira

Rascunhos

## EXAME

Mensagem 3 de 3186

De **Labo Rios Laboratorio**  
Para **Comprassauade**  
Data **Hoje 11:00**

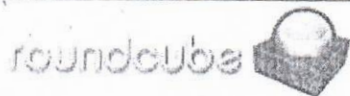
Bom dia Ariana!

O valor do exame ALS8 é de R\$ 3850,00.

Att,

Elizangela Moraes  
Labo Rios  
(31)3751-1415





E-mail

Contatos

Configuração

16/5  
CA[Voltar](#) [Criar email](#) [Responder](#) [Responde](#) [Encamin](#) [Excluir](#) [Mover](#) [Imprimir](#) [Spam](#) [Marcar](#) [Mais](#)

## Caixa de entrada 2

[Rascunhos](#)[Enviados](#)[Spam](#)[Lixeira](#)[Enviadas](#)[Lixeira](#)[Rascunhos](#)

## ORÇAMENTO

Mensagem 3 de 3220

De **BIOmed Laboratório de Análises Clínicas**  
Para **comprassaude@entreriosdeminas.mg.gov.br**  
Data **Hoje 12:29**

Olá boa tarde

segue abaixo o orçamento do exame solicitado:

EXAME ALS8 .....R\$ 4.000,00.

Att.

Renata Asevedo

**BIOMED LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS.**

Sobre

comprassaude@entreriosdeminas.mg.gov.br

roundcube



E-mail

Contatos

Configurações

165

[Voltar](#) [Criar email](#) [Responder](#) [Responde](#) [Encamin](#) [Excluir](#) [Mover](#) [Imprimir](#) [Spam](#) [Marcar](#) [Mais](#)

## Caixa de entrada 4

[Rascunhos](#)[Enviados](#)[Spam](#)[Lixeira](#)[Enviadas](#)[Lixeira](#)[Rascunhos](#)

## Valor de exame laboratorial

Mensagem 1 de 3180

De **Leandro Fonseca Lima**Para **comprassaude@entreriosdeminas.mg.gov.br**Data **Hoje 16:41**

Boa tarde Arianas, o valor do exame da paciente Shirley Maria de Oliveira (pesquisa do gene ALS8) é de R\$4.200,00 reais.

**DR. LEANDRO FONSECA LIMA**

Bioquímico CRF - 35301

Laboratório Del Rey



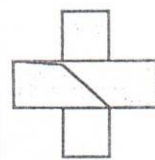


PREFEITURA MUNICIPAL DE  
ENTRE RIOS DE MINAS

LAUDO MÉDICO  
DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO

/ /



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE

01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE

ORIGEM

ESF Dr. Volúria Balto

CÓDIGO / SIA

MUNICÍPIO

Nº PRONT.

CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO)

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME

Elisli Maria de Oliveira

DATA NASCIMENTO

/ /

SEXO

☐ MASC.

☒ FEM.

NOME DA MÃE DO PACIENTE

TELEFONE

RUA / LOGRADOURO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

MUNICÍPIO

CEP

UF

Nº CONSULTA

CARTEIRA IDENTIDADE - Nº / ÓRGÃO EXPEDIDOR

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

Paciente com quadro de fraqueza muscular progressiva, com quadro predominante em membros inferiores.

ENHG = comprometimento do neurônio motor inferior

Teste para RME Ig = sem anormalidades (MLPA)

Presença possibilidade de ALS.

HISTÓRICO INICIAL

Atrofia muscular Espinhal

CID.

G112.2

CLÍNICA SOLICITANTE

CÓDIGO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Sequenciamento 04 nova geração

CÓDIGO

MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)

17/12/2020

Assis 80866

CRM

CPF MÉDICO

80866107450706-12

04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

SITUAÇÃO DO LAUDO

☐ AUTORIZADO

☐ NÃO AUTORIZADO

☐ INCONCLUSIVO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

MOTIVO

DESTINO

CÓDIGO

DATA AUTORIZAÇÃO

MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)

CRM

Christiane (expos)  
9.98306069







968  
A

JULIANA GURGEL GIANNETTI

CRMMG 25718

NEUROPEDIATRIA GERAL

DOENÇAS NEUROMUSCULARES

DOENÇAS NEUROGENÉTICAS

Shirlei Maria de Oliveira

Solicitado

Teste genético p/ ALS &  
(gen VAPB) - Siquinawanda  
to.

Identificado: Paciente com quadro  
de doença do neurônio motor  
inferior. (ENMG: fasciculação e  
denervação).

Teste genético p/ AME tipo Sq  
foi negativo.

Rua Rio Grande do Norte, 57 sl. 606 B. Santa Efigênia CEP. 30.130-130 BH-MG

Tel. 31 3225 0460 gurgelju@yahoo.com.br







CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
CNPJ 06.981.160/0001-16  
Inscr. Estadual 062.322136.0087  
Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1  
Santa Agulhada - CEP 30.190-151  
Belo Horizonte - MG - Brasil

# Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Controle:

02.136/R4SODBB881/0008

Emissão: 07/12/2020 Inscr. Estadual 062.322136.0087 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criado pela  
Emissão autorizada pelo Regime Especial/PTA Nº 45.000009762.37 - SEF/MG Lei nº 10.438 de abril de 2002

ALEX MAIA FERNANDES

RUA MONSENHOR LEAO 117 CX A

CENTRO  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
CEP: 35490-000  
MEDIDOR Nº: ABG069012822

Nº DO CLIENTE: 7009069500

Nº da Instalação 3010692717 Subclasse Renda Classe Represcial Monofásico

Datas de Leitura Anterior 09/11 Atual 07/12 Próxima 09/12 Modalidade Tarifária Tarifa Convencional

Informações Técnicas				
Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo kWh
Energia Elétrica	19050	19191	1	141

## VALORES FATURADOS

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia até 30 kWh	30	0,29392391	8,49
Energia de 31 a 100 kWh	70	0,50387542	35,45
Energia de 101 a 180 kWh	41	0,75581872	31,10

## ENCARGOS/COBRANÇAS

Descrição	Valor R\$
Juros 1% an sobre pagamento em: 30/11/20	0,50
Correção IGPM sobre conta 10/2020 pg 30/11/20	1,01
Correção IGPM sobre conta 10/2020 pg 30/11/20	0,62
Multa 2% sobre conta de 10/2020	1,57
Dif. recálculo tarifa integral	29,52

## TARIFAS APLICADAS(Sem Impostos)

Energia até 30 kWh	0,19700250
Energia de 31 a 100 kWh	0,33772250
Energia de 101 a 180 kWh	0,50658750

## ABATIMENTOS E DEVOLUÇÕES

Subsidio tarifa liquida	-28,27
-------------------------	--------

CPF: 090.263.116-05

Pág 1 de 1

6128.9DEF.265A.D9B2.5E04.6713.DF10.6156

RESERVADO AO FISCO



**Prefeitura Municipal de Entre Rios de Minas**  
**Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento**  
**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica**

**Número da Nota**  
202100000000019

**Emissão**  
08/02/2021 10:30:50

**Código de Verificação**  
7165-3A37

**Informações do Prestador**

Nome/Razão Social: **LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DEL REY LTDA**

CPF/CNPJ: **11.768.258/0001-59**

Inscrição Municipal: 884

Endereço: FREDERICO OZANAN 130 - CENTRO - CEP: 35490000

Inscrição Estadual:

Município: 3123908 - ENTRE RIOS DE MINAS/MG

**Informações do Tomador**

Nome/Razão Social: **SHIRLEI MARIA DE OLIVEIRA**

CPF/CNPJ: **026.017.826-84**

CEI:

Endereço: -

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

Município: -

E-mail:

**Detalhamento do Serviço Prestado**

Nota fiscal referente ao serviço prestado pelo Laboratório de Análises Clínicas Del Rey a paciente SHIRLEI MARIA DE OLIVEIRA no dia 08 de fevereiro de 2021. Optante pelo simples nacional.

**Serviço Prestado**

**Cód. no Município:** 7020202 - LABORATORIOS CLINICOS

**LC 116/2003:** 0402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultrasonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres

**CNAE:** 8640202 - Laboratórios clínicos

Município de Prestação do Serviço: 3123908 - ENTRE RIOS DE MINAS/MG

<b>Valor dos Serviços</b>	<b>Deduções</b>	<b>PIS / PASEP</b>	<b>COFINS</b>	<b>INSS</b>	<b>IR</b>
3.850,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>CSLL</b>	<b>Base de Cálculo</b>	<b>Alíquota</b>	<b>Desc. Incondicionado</b>	<b>Desc. Condicionado</b>	<b>Outras Retenções</b>
0,00	3.850,00	2,00	0,00	0,00	0,00
<b>ICMS</b>	<b>IPI</b>	<b>IOF</b>	<b>CIDE</b>	<b>ISS Retido</b>	<b>Valor Líquido NFS-e</b>
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.850,00
<b>Exigibilidade do ISS</b>					<b>Valor do ISS</b>
01 - Exigível					77,00

**Informações Adicionais**

- Contribuinte optante pelo simples nacional.
- Lei 12.741/2012: Valor aproximado correspondente à totalidade dos tributos federais, estaduais e municipais que influenciam no cálculo do valor da prestação do serviço, valor total informado: R\$ 77,00 = ISS: R\$ 77,00(2,00 %) + PIS: R\$ 0,00 + COFINS: R\$ 0,00 + INSS: R\$ 0,00
- Você pode consultar a autenticidade desta nota através do código ao lado.





NOTA DE EMPENHO

EO03927-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

20/10/2021

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 03927-000 Venc: 20/10/2021 Ficha: 00210

Credor: 24598 - FRANCINE PESSANHA GOMES

CPF: 106.221.847-76

PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: TRAVESSA VICENTE CHAGAS, 11

SANTA EFIGENIA - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.: 10 - SAUDE

Subfuncao.: 301 - ATENCAO BASICA

Programa.: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSSOAS FÍSICAS

Tipo.: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 668,39 Valor do empenho.: R\$ 225,00

Saldo atual.: R\$ 443,39 Valor liquido.: R\$ 225,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DOS ELEMENTOS 21 E 22, DO SEU FILHO GABRIEL PESSANHA MOTA, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 20/10/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 20/10/2021

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 20/10/2021

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 225,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao Municipal a importancia de R\$ 225,00 (DUZENTOS E VINTE E CINCO REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

25 / 10 / 2021

FRANCINE PESSANHA GOMES

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco: Banco

Conta: 1094-4

Cheque: deb conta



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

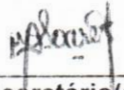
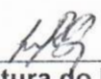
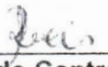
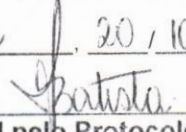
173  
173

(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS ( ) Para Licitar ( ) Efetivação de compras ( ) Recurso Próprio ( ) Recurso Específico / Convênio Qual?		<b>Ficha</b>	
		<b>Fonte</b>	<b>102</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde		
<b>Setor:</b>	Saúde		
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exame		
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Gabriel Pessanha Mota		

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	01	SV	Tomografia dos elementos 21 e 22	225,00	225,00
02					
03					
04					
05					
Total:				R\$: 225,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 19/10/2021.	Requisição elaborada por: <b>ARIANA APARECIDA DE RESENDE</b>
Memorando se houver:	

(x) Deferido - ( ) Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: <u>1862</u> / <u>20</u> / <u>10</u> / <u>21</u>  Responsável pelo Protocolo





RADIOLOGIA  
ODONTOLÓGICA  
DIGITAL

1374  
08

Documentos:

Paciente: Gabriel Pussanha Mota

Exame: tomografia dente 21

Valor: R\$ 250,00 (3x cartão) ou  
R\$ 225,00 à vista

Entre Rios, 18/10/2021.

CROE RADIOLOGIA

21.758.980/0001-68

Cassio

RUA DOS EXPEDICIONÁRIOS, 31 - CENTRO  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
TEL.: 31 3751-2579



**Prefeitura Municipal de Entre Rios de Minas**  
**Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento**  
**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica**

**Número da Nota**  
202100000000846

**Emissão**  
21/10/2021 16:31:37

**Código de Verificação**  
07C2-B4DE

**Informações do Prestador**

Nome/Razão Social: **CROE CLINICA DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA ENTRE**  
 CPF/CNPJ: **21.758.980/0001-66**  
 Endereço: **DR.JOAO VAZ 446.000000 CLINICA - CENTRO - CEP: 35490000**  
 Município: **3123908 - ENTRE RIOS DE MINAS/MG**

Inscrição Municipal: 1254

Inscrição Estadual:

**Informações do Tomador**

Nome/Razão Social: **FRANCINE PESSANHA GOMES**

CPF/CNPJ: **106.221.847-76**

Endereço: - - CEP: 35490000

Município: 3123908 - ENTRE RIOS DE MINAS/MG

CEI:

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

E-mail:

**Detalhamento do Serviço Prestado**

1 Tomografia Computadorizada Cone Beam do dente 36

**Serviço Prestado**

**Cód. no Município:** 7020187 - SERVICOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIACAO IONIZANTE, EXCETO TOMOGRAFIA.

**LC 116/2003:** 0402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultrasonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres

**CNAE:** 8640205 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia

Município de Prestação do Serviço: 3123908 - ENTRE RIOS DE MINAS/MG

Valor dos Serviços	Deduções	PIS / PASEP	COFINS	INSS	IR
250,00		0,00	0,00	0,00	0,00
CSLL	Base de Cálculo	Alíquota	Desc. Incondicionado	Desc. Condicionado	Outras Retenções
0,00	250,00	2,00	0,00	0,00	0,00
ICMS	IPI	IOF	CIDE	ISS Retido	Valor Líquido NFS-e
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	250,00

**Exigibilidade do ISS**

01 - Exigível

**Valor do ISS**

5,00

**Informações Adicionais**

- Contribuinte optante pelo simples nacional.
- Lei 12.741/2012: Valor aproximado correspondente à totalidade dos tributos federais, estaduais e municipais que influenciam no cálculo do valor da prestação do serviço, valor total informado: R\$ 5,00 = ISS: R\$ 5,00(2,00 %) + PIS: R\$ 0,00 + COFINS: R\$ 0,00 + INSS: R\$ 0,00
- Você pode consultar a autenticidade desta nota através do código ao lado.





25/10/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:50:48  
204202042 SEGUIM A VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM ENTRE RIOS MINAS -PMDE  
AGENCIA: 2042-7 CONTA: 1.094-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	25/10/2021
NR. DOCUMENTO	550.005.000.056.420
VALOR TOTAL	225,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCINE PESSANHA GOMES  
AGENCIA: 0005-1 CONTA: 56.420-6  
NR. DOCUMENTO 552.042.000.001.094

=====

NR.AUTENTICACAO	8.62A.05D.E0B.809.0D4
-----------------	-----------------------

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 03787-000 Venc: 29/09/2021 Ficha: 00210

Credor: 24632 - MARCIO CARDOSO DOS SANTOS

CPF: 864.546.416-00 PIS: CBO:

Tel: () -

Endereco: RUA LUCI FARIA, 99

SENHOR DOS PASSOS - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa....: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA

Proj./Ativ...: 2.031 - MANUTENÇÃO DA SAUDE BASICA NO MUNICÍPIO

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 1.712,89 Valor do empenho...: R\$ 490,00

Saldo atual....: R\$ 1.222,89 Valor liquido.....: R\$ 490,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME RESSONANCIA MAGNETICA MULTIPAVAMETRICA DA PROSTATA, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 29/09/2021

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

## L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 29/09/2021

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

## A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa

Data: 29/09/2021

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 490,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao municipal a importancia de R\$ 490,00 (QUATROCENTOS E NOVENTA REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

20 / 10 / 2021

\* Marcio Cardoso dos Santos

MARCIO CARDOSO DOS SANTOS

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco: Brune

Conta: 10944

Cheque: 22802





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais - CNPJ: 20.356.747/0001-94 - Telefone: (31) 3751-1232

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**



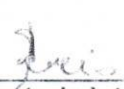
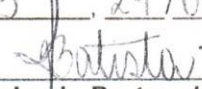
128/2021

( x ) Para Licitar - ( ) Efetivação de compras - ( x ) Recurso Próprio	<b>Ficha</b>	
( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Fonte</b>	<b>102</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria Municipal de Saúde	
<b>Sector:</b>	Saúde	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exame de ressonância magnética	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Marcio Cardoso dos Santos	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	UN	Ressonância magnética multipavamétrica da próstata	R\$ 490,00	R\$490,00
Total:				R\$: 490,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 28/09/2021.	Requisição elaborada por: Ariana Aparecida de Resende
Memorando se houver:	

( x ) Deferido - ( ) Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: <u>1743</u> / <u>29/09/21</u>  Responsável pelo Protocolo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA INFRA-ESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

MG

NOME  
MARCIO CARDOSO DOS SANTOS

DOSS. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
MG13200210 SSP MG

CPF  
864.846.415-00

DATA NASCIMENTO  
14/01/1960

FILIAÇÃO  
JOSE LUIZ CARDOSO

MARIA DA CONCEICAO DE JESUS

PERMISSÃO  
ACC  
CATAL  
B

Nº REGISTRO  
05142367592

VALIDADE  
21/07/2025

1ª HABILITAÇÃO  
10/02/2011

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
2127506316

PROIBIDO PLASTIFICAR  
2127506316

OBSERVAÇÕES  
X

Marcio Cardoso dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
CONSELHEIRO LAFAIETE, MG

DATA EMISSÃO  
22/07/2020

Kleyverson Rezende  
Diretor DETRAN/MG

20622500814  
MG577020170

ASSINATURA DO EMISSOR

MINAS GERAIS

Sistema Único de Saúde

MARCIO CARDOSO DOS SANTOS

Data Nasc.: 14/01/1960 Sexo: M

704 1082 9189 8150

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS



  
**TÁCITO GUIMARÃES**  
UROLOGIA AVANÇADA E ROBÓTICA

- ° Formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
- ° Residência Médica em Cirurgia Geral na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG
- ° Residência Médica em Urologia no Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG
- ° Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Urologia - TISBU

MARCIO CARDOSO DOS SANTOS

solução

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA


MULTIPARAMÉTRICA DA



PRÓSTATA - PSA 8,95 g/d




foto 



11.9.21

 Hospital Vera Cruz - Núcleo de Especialidades  
R. dos Aimorés, 3000 - 5º andar - Barro Preto - Belo Hte. - MG

 31 98271-5555 (Secretária)  31 3337-1000

 @\_tacito.urologia  / tacito.guimaraes  tacitoagendamento@gmail.com

[www.tacitoguimaraes.com](http://www.tacitoguimaraes.com)

**TÁCITO GUIMARÃES**  
UROLOGIA AVANÇADA E ROBÓTICA

- Formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
- Residência Médica em Cirurgia Geral na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG
- Residência Médica em Urologia no Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG
- Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Urologia - TISBU

MARCIO Caudoro dos Santos

solução

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

MULTIPARAMÉTRICA DA

Próstata

PSA 8,95 g/d

19/09/21



11.9.21

Hospital Vera Cruz - Núcleo de Especialidades  
R. dos Aimorés, 3000 - 5º andar - Barro Preto - Belo Hte. - MG

☎ 31 98271-5555 (Secretária) ☎ 31 3337-1000

📱 @\_tacito.urologia 🌐 /tacito.guimaraes ✉ tacitoagendamento@gmail.com

www.tacitoguimaraes.com

18/09/21



Assunto **Orçamento - RM Prostata**  
De Cassia R. M. Silva <cassia.menezes@axialmg.com.br>  
Para <tfdsaude@entreriosdeminas.mg.gov.br>  
Data 2021-09-27 10:46



182/

Prezados, bom dia.

Segue valor com desconto para o procedimento RM Prostata:  
R\$ 490,00

Att.

**AXIAL**  
Inteligência Diagnóstica

Cassia R. M. Silva  
Centro de Estudos  
+55 31 3615-9420 | 31 98215-1107  
cassia.menezes@axialmg.com.br  
Av. Bernardo Monteiro, 1235 , Funcionários  
Belo Horizonte - MG



Antes de imprimir pense em sua responsabilidade e compromisso com o MEIO AMBIENTE.

## NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº: 2021/8954

Emitida em:  
29/10/2021 às 15:40:36Competência:  
29/10/2021Código de Verificação:  
ae30eb67

CENTRO DE IMAGEM DIAGNOSTICOS S/A.

CPF/CNPJ: 42.771.949/0026-93

Inscrição Municipal: 0396200/013-7

AVE BERNARDO MONTEIRO, 1235, NUMERO 1237 E 1251, Funcionários - Cep: 30150-285

Belo Horizonte

MG

Telefone:

Email:

## Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 864.546.416-00

Inscrição Municipal: Não Informado

MARCIO CARDOSO DOS SANTOS

RUA LUCIFARIA, 99, CASA, SENHOR DOS PASSOS - Cep: 35490-000

Entre Rios De Minas

MG

Telefone: (31)7154-8439

Email: MARCIOSANTOSDOSANTOS65@GMAIL.COM

## Discriminação do(s) Serviço(s)

SERVIÇOS PRESTADOS RADIODIAGNÓSTICOS

Código de Tributação do Município (CTISS)

0402-0/03-88 / Radiologia, endoscopia, ultrassonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia, eletricidade médica, audiometria e congêneres.

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:

4.02 / Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Cod/Município da incidência do ISSQN:

3106200 / Belo Horizonte

Natureza da Operação:

Tributação no município

Valor dos serviços: R\$ 490,00

Valor dos serviços: R\$ 490,00

(-) Descontos: R\$ 0,00

(-) Deduções: R\$ 0,00

(-) Retenções Federais: R\$ 0,00

(-) Desconto Incondicionado: R\$ 0,00

(-) ISS Retido na Fonte: R\$ 0,00

(=) Base de Cálculo: R\$ 490,00

Valor Líquido: R\$ 490,00

(x) Alíquota: 3%

(=) Valor do ISS: R\$ 14,70

## Retenções Federais:

PIS: R\$ 0,00 COFINS: R\$ 0,00 IR: R\$ 0,00 CSLL: R\$ 0,00 INSS: R\$ 0,00 Outras retenções: R\$ 0,00



Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda

Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.

Dúvidas: SIGESP





**RESPOSTA AO OFICIO Nº 147/2023**

**2022**

<b>1</b>	<b>Valéria Teodoro Azevedo</b>	<b>Medicamentos/consulta com cirurgião</b>
<b>2</b>	<b>Emanuelle Silva Sousa</b>	<b>Mapeamento cerebral</b>
<b>3</b>	<b>Solange Maria Cardoso dos Santos</b>	<b>Exames laboratoriais não custeados pelo SUS</b>
<b>4</b>	<b>Valéria Teodoro Azevedo</b>	<b>Medicamento/Consulta/Exames</b>
<b>5</b>	<b>Valeria Teodoro Azevedo</b>	<b>Medicamentos/consulta com cirurgião</b>
<b>6</b>	<b>Carlos Daniel Lima Ribeiro</b>	<b>Placa bloqueada/parafuso/parafuso cortical</b>
<b>7</b>	<b>Daniele Cristina Moreira Abreu Borges</b>	<b>Exames laboratoriais não custeados pelo SUS</b>
<b>8</b>	<b>Valéria Teodoro Azevedo</b>	<b>Medicamento</b>
<b>9</b>	<b>Maria Aparecida Oliveira e Silva</b>	<b>Canula de Traqueostomia</b>

147/2023

NOTA DE EMPENHO

EO02989-000

FUNDO SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS - 11.940.403/0001-37

30/06/2022

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 02989-000 Venc: 30/06/2022 Ficha: 00227

Credor: 24105 - SOLANGE MARIA CARDOSO DOS SANTOS

CPF: 860.973.696-20

PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: GAMELEIRA, s/n

ZONA RURAL - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa....: 0012 - GESTAO PLENA NA SAUDE - ATENCAO BASICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMARIA

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 23.926,85 Valor do empenho...: R\$ 565,00

Saldo atual...: R\$ 23.361,85 Valor liquido.....: R\$ 565,00

Historico: . RELATIVO A AJUDA FINANCEIRA CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 30/06/2022

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 30/06/2022

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 30/06/2022

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 565,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao municipal a importancia de R\$ 565,00 ( QUINHENTOS E SESSENTA E CINCO REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

25 / 07 / 2022.

Solange Maria Cardoso dos Santos  
SOLANGE MARIA CARDOSO DOS SANTOS

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco: Brasil

Conta: 1094.4

Cheque: 851091





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

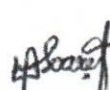
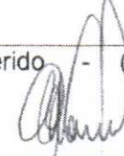

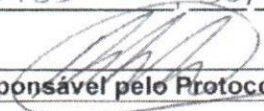
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

(X) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS ( ) Para Licitar ( ) Efetivação de compras ( ) Recurso Próprio ( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Ficha</b>	
	<b>Fonte</b>	102
<b>Secretaria Requisitante:</b>	Secretaria de Municipal de Saúde	
<b>Sector:</b>	Saúde	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Exames laboratórios	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	Paciente Solange Maria Cardoso dos Santos	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
1	1	SV	Exame laboratorial não custeado pelo SUS	565,00	565,00
<b>Total:</b>				<b>R\$: 565,00</b>	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 24/06/2022.	Requisição elaborada por: Ariana Aparecida de Resende
Memorando se houver: <i>Paciente está com uma liminar judicial ( 0018198.83.2018.8130239) onde o município tem que custear exames, insumos e a cirurgia bariátrica.</i>	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	( X ) Deferido - ( ) Indeferido  Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: 3485 30/06/22.  Responsável pelo Protocolo



ADM: 2021 - 2024

Secretaria Municipal de Saúde  
de Entre Rios de Minas187  
88

Nome:	Idade:
Unidade de Saúde:	Data:

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

## Exames simples:

Hemograma completo.	col. c. r.
glicemia de jejum.	Hemoglobina glicada.
colesterol total e frações	urêmico de
uricemia.	urêmico b. r.
glicose urin.	clonados.
proteínas total e frações.	Feno. urin.

## Exames especiais:

Fol. per.	Fun. hep.
Rheumatismo	col. de fol. per.
urino	teste de uricemia de
urêmico b. r.	uricemia.
TSU 1 + 4 h.	prol. urin.
	urêmico.
	urêmico.

Justificativa: pos. sintomático.

Assinatura/Carimbo:





188  
188Orçamento de exames para  
**SOLANGE MARIA CARDOSO DOS SANTOS**

Número: 8000283 • Emissão: 06/06/2022 • Vencimento: 09/06/2022

Convênio: PARTICULAR • Plano: ÚNICO

Exames	Codigo	Quantidade	Valor unitário	Prazo (dias)	Subtotal
HEMOGRAMA COMPLETO		1	40,00	3	40,00
GLICOSE		1	10,00	1	10,00
COLESTEROL TOTAL, FRACOES E TRIGLICÉRII		1	30,00	1	30,00
ACIDO URICO		1	10,00	1	10,00
PROTEINAS TOTAIS E FRACIONADAS		1	15,00	3	15,00
FOSFORO		1	30,00	5	30,00
PARATORMONIO - PTH INTACTO (MOLECULA II		1	70,00	2	70,00
LITIO		1	40,00	2	40,00
VITAMINA B12		1	40,00	8	40,00
TSH ULTRA SENSIVEL		1	30,00	5	30,00
T4 LIVRE		1	30,00	5	30,00
CALCIO		1	15,00	3	15,00
HEMOGLOBINA GLICADA - A1C		1	40,00	5	40,00
25-HIDROXIVITAMINA D		1	50,00	7	50,00
CLORETOS		1	10,00	1	10,00
FERRO SERICO		1	30,00	5	30,00
FERRITINA SERICA		1	40,00	8	40,00
ACIDO FOLICO		1	45,00	2	45,00
INDICE DE SATURACAO DA TRANSFERRINA		1	35,00	1	35,00
POTASSIO		1	20,00	1	20,00
MAGNESIO		1	15,00	5	15,00
SODIO		1	20,00	1	20,00
22					665,00

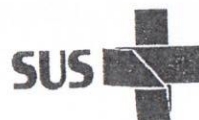
Desconto: 100,00

Taxa extra: 0,00

A Pagar: 565,00



ADM: 2021 - 2024

Secretaria Municipal de Saúde  
de Entre Rios de Minas

Nome:		Idade:	
Unidade de Saúde:	Saúde	Data:	

800,00 todos 600,00 particulares

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

## Exames simples:

hemograma completo.	Saúde	urina.	Saúde
glicemia de jejum.		hemoglobina glicada.	
colesterol total e frações.		uremia.	
triglicéridos.		urenitria.	
creatinina.		glicosúria.	
proteínas totais e frações.	Saúde	ferro sérico.	Saúde

## Exames especiais:

Fígado.		Glândulas.	
pancreatômio		inibidores de renina.	
limo		transferrina.	
hemograma bi.	Saúde	potássio.	
testes.	Saúde	calcio.	

## Justificativa:

por beneficiário.

inatura/Carimbo:

Dra. Franciele Estima Oliveira Dutra  
CRM-MG 84980  
CONCRE 2337754

Saúde

Todos os exames 800,00  
e com o SUS os que não cobrem  
pelo SUS 600,00.

23.963.952/0001-06  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E  
CITOLOGIA - LABO RIOS - LTDA.  
Rua Dr. João Vaz, 598  
Centro - CEP 35.490-000  
Entre Rios de Minas - MG

leio e carimbo no Yahoo.com.br.



O Laboratório Biomicro Ciências Ltda. (Laboratório Biomed), situado à Av. Major Juscelino 934, centro de Entre Rios de Minas-MG, CNPJ: 10.698.327/0001-32, vem através deste, declarar que **SOLANGE MARIA CARDOSO DOS SANTOS**, compareceu ao laboratório para realizar um orçamento de exames no dia, 14/06/2022.

**NO VALOR DE: R\$ 700,00**

À disposição para maiores esclarecimentos,

Dr. Rodrigo Pedrosa Dornelas

Biomédico Responsável

CRBM 3 1303

208.000.000-00  
1 - 080 - 3751-2396  
CNPJ: 10.698.327/0001-32  
Entre Rios de Minas - MG  
10.698.327/0001-32

**RÉCIBO**

Nº

VALOR

565,00

Recebi (emos) de Adelange Maria Cardoso dos Santosa quantia de Quinhentos e sessenta e cinco reaisjuízoReferente à Despesa Honorária

e para clareza firmo (amos) o presente.

Entre Rios de Minas, 26 de junho de 2022Assinatura Isandro Fonseca LimaNome Isandro Fonseca Lima

CPF / RG

392



NOTA DE EMPENHO

FUNDO SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS - 11.940.403/0001-37

EO04426-000

30/09/2022

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 04426-000 Venc: 30/09/2022 Ficha: 00660  
Credor: 25168 - TRAUMINAS DIST MAT CIRURG HOSP SA  
CNPJ: 41.721.051/0001-90 IE: Tel: ( ) -  
Endereco: RUA JACEGUAI, 159

PRADO - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 30.411-040

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa....: 0012 - GESTAO PLENA NA SAUDE - ATENCAO BASICA  
Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMARIA  
Conta.....: 3.3.90.91.00 - SENTENÇAS JUDICIAIS  
Tipo.....: 99 - OUTRAS SENTENÇAS JUDICIAIS E DECISÕES JUDICIA  
Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 1.630,72 Valor do empenho...: R\$ 1.174,80  
Saldo atual...: R\$ 455,92 Valor liquido.....: R\$ 1.174,80

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA AQUISICAO DE INSUMOS CIRURGICOS PARA O  
PACIENTE CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO, CONFORME PARECER JURIDICO E  
DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 30/09/2022

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.  
Data: 30/09/2022

Visto: Soaneia  
THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa.  
Data: 30/09/2022

Visto: Jose  
JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 1.174,80

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao  
municipal a importancia de R\$ 1.174,80 (UM MIL, CENTO E SETENTA E  
QUATRO REAIS E OITENTA CENTAVOS), referente a despesa acima mencionada.

12 / 12 / 22

TRAUMINAS DIST MAT CIRURG HOSP SA

Documento: Recebedor: Lancament  
Banco: Braze Conta: 5094-4 Cheque: dep conto

12/12/2022 - BANCO DO BRASIL - 15:14:03  
204202042 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM ENTRE RIOS MINAS -PMDE  
AGENCIA: 2042-7 CONTA: 1.094-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	12/12/2022
NR. DOCUMENTO	553.392.000.001.746
VALOR TOTAL	1.174,80

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TRAUMINAS MAT CIR HOSP LT  
AGENCIA: 3392-8 CONTA: 1.746-9  
NR. DOCUMENTO 552.042.000.001.094

-----

IDENTIFICADOR 1:	20.356.747/0001 94
------------------	--------------------

-----

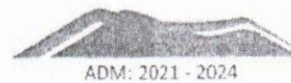
NR.AUTENTICACAO	5.CAC.226.A71.08A.567
-----------------	-----------------------

12/12/2022





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS ( ) Para Licitar ( ) Efetivação de compras ( ) Recurso Próprio ( ) Recurso Específico / Convênio Qual?		Ficha	227
		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
Sector:	SAÚDE		
Tipo de Material/Serviço:	Insumos cirúrgico para paciente Carlos Daniel Lima Ribeiro		
Destino do Material/Serviço:	PACIENTE Carlos Daniel Lima Ribeiro		

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	01	UN	Placa bloqueada	990,00	990,00
02	01	UN	Parafusos de bloqueio	92,40	92,40
03	01	UN	Parafusos cortical	92,40	92,40
Total:				R\$: 1.174,80	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 28/09/2022.	Requisição elaborada por: ARIANA APARECIDA DE RESENDE
Memorando se houver: <i>urgente, cirurgia agendada para o dia 05/10/2022</i>	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	(x) Deferido - ( ) Indeferido
 Assinatura do Prefeito	
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: <u>4084</u> , <u>30/03/22</u>  Responsável pelo Protocolo

195  
195

Assunto **\*\*AUTORIZAÇÃO DE OPME\*\*CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO**

De <opme@ahbj.com.br>

Para <comprassau@entreriosdeminas.mg.gov.br>

Data 28-09-2022 14:47

roundcube



- CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO AMGS.pdf(~93 KB)
- Parte 3.eml(~45 KB)
- CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO TRAUMINAS.pdf(~169 KB)
- GUIA OPME SUS.pdf(~91 KB)

Bom dia,

Segue em anexo duas cotações e uma negativa das empresas fornecedoras do material solicitado pelo médico, conforme relatório em anexo.

Precisamos de um parecer do município para prosseguimos com agendamento cirúrgico .

Vocês conseguem nos ajudar ?

Paciente: Carlos Daniel Lima Ribeiro

Procedimento: fratura Diafise Radio antebraço Direito

Data da Cirurgia: 05-10-2022 QUARTA FEIRA 07:00hs

Médico: Dr Frederico Monteiro Vieira

Material: em anexo.

*Definido*

*[Handwritten signature]*

Franklin Williams Ribeiro S. Soares  
Secretário Municipal de Saúde

Qualquer dúvida estou à disposição para maior esclarecimento.

Att,

Luana Estefania

31-98016-5451

Assunto **RES: COTAÇÃO\*\*URGENCIA\*\*CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO**

e Contato - Biolife <contato@biolifeh.com.br>

Para <opme@ahbj.com.br>

Cópia 'daniel' <daniel@biolifeh.com.br>, <contato@biolifeh.com.br>

Data 27-09-2022 08:20

Bom dia,

Dispomos da mesma apenas sem bloqueio.

Cordialmente,

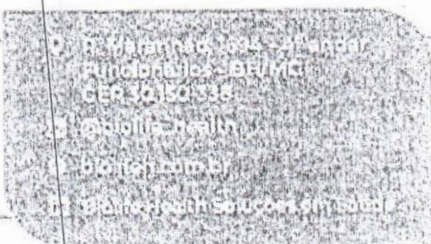
CHARLES SCARABELLI

PROFESSOR

31 3088-0272

31 3088-0272

31 3088-0272



biolifehealth

SAÚDE E BEM-ESTAR

e: opme@ahbj.com.br <opme@ahbj.com.br>

viada em: terça-feira, 27 de setembro de 2022 07:20



**AMGS**  
**COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA.**

Rua Desembargador Jorge Fontana, 428 – Pavmto 14 e Pavmto 13 - Sala 1301, Sala 1304 a 1308

CEP: 30320-670 - Bairro Belvedere - Belo Horizonte/Minas Gerais

Tel. (31) 3311-2008 - Email: vendas@amgs.com.br

CNPJ: 20.858.411/0001-20 - IE: 062.761075/0068

OC 633/09-22

DATA: 26/09/2022

CLIENTE: HOSPITAL BOM JESUS

ENDEREÇO:

PRAZO DE ENTREGA: SOLICITAR COM ANTECEDENCIA

VALIDADE DA PROPOSTA: 10 DIAS

SOLICITANTE: LUANA ESTEFANIA

CIDADE: CONGONHAS/MG

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS

ITEM	MATERIAL	ANVISA	FABRICANTE	QTDE	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
1	PLACA BLOQUEADA RADIO DISTAL EM AÇO	10209780068	HEXAGON	1	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00
2	PARAFUSO BLOQUEADO 2.7 EM AÇO	10209780043	HEXAGON	1		
3	PARAFUSO CORTICAL 2.7 EM AÇO	10209780043	HEXAGON	1		
					R\$	2.500,00

Obs.:

Paciente: C. D. L. R.

Medico: F. M. V.

Desconto: 0,00

Convenio: SUS/VIA HOSPITAL

Data da cirurgia: NI



## Cotações

Cód.: RSG-COT-001-000  
Data:  
Página: 1 de 2

### Dados da Cotação

Nº/Ano: 6589/2022

Cliente: Associação Hospitalar Bom Jesus  
(Convênio/ Hospital/ Clínica/ Empresa)

Cidade: Congonhas

Estado: Minas Gerais

Paciente: Carlos Daniel Lima Ribeiro

Médico: Dr. Frederico Monteiro Vieira

Convênio: pacote SUS

Responsável pela solicitação: Luana

Data da Solicitação: 28/09/2022

Orçamento Revisado: ☐ Sim ☒ Não

Data da Revisão:

### Placa Volfix Aço

(Placas e parafusos bloqueados de Baixo Contato Avançado para Rádio Distal)

Quantidade	Descrição (produto, fabricante, registro Anvisa)	Código Convênio/ Tuss	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
01	Placa Bloqueada Volfix 2,7mm em Aço Marca: Ortosintese / Nacional RMS: 10223710112		990,00	990,00
01	Parafusos de bloqueio Volfix 2,5 e 3,5mm (Marca: Ortosintese / Nacional RMS: 10223710068)		92,40	92,40
01	Parafusos cortical auto rosqueante de bloqueio 3,5mm (Marca: Ortosintese /Nacional RMS:10223710068)		92,40	92,40
Valor Total R\$				1.174,80

**ATENÇÃO:** Para realizar o agendamento do procedimento é necessário o retorno desta Cotação autorizada pelo cliente/ convênio.

Recebido por (Auxiliar Administrativo): Renato

E-mail do setor: cotacoes@trauminas.com.br

Tel.: 31 3045-1973

Prazo de Entrega: a ser confirmado após recebimento via e-mail do agendamento cirúrgico, através do e-mail [agendamento@trauminas.com.br](mailto:agendamento@trauminas.com.br)

Condições de Pagamento: 60 Dias

Desconto: Sem Desconto

Informações Adicionais: Validade da proposta 30 dias

Rev.05



Sistema Único de Saúde

CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO

Sexo: M

Data Nasc.: 28/12/2002

707 8016 1903 0211



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
164.008.276-09

Nome  
CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO

Nascimento  
28/12/2002

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-23.545.698

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/09/2019

NOME CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO

FILIAÇÃO WALTER PEDRO DA FONSECA RIBEIRO

ELIZABETE APARECIDA FERREIRA DE LIMA

NATURALIDADE ENTRE RIOS DE MINAS-MG

DOC. ORIGEM ASC. LV-45 FL-39

ENTRE RIOS DE MINAS-MG

DATA DE NASCIMENTO 28/12/2002

CPD 64.008.276-09

LETICIA BAPTISTA GAMBOSI REIS  
DIRETORA DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/00/03

Emissão: 09/08/2022 Imprensa: 09/08/2022 14:33:37  
Emissão autorizada pelo Regime Especial PTA Nº 45.000009782.37 - SEF/MG  
São José do Rio Preto - SP  
Tela Social de Energia elétrica - TSEE unido pela  
Lei nº 10.433 de abril de 2002

GERALDO SIDINEI RIBEIRO

RUA PADRE PEDRO SANSEN 87

SASSAFRAS

ENTRE RIOS DE MINAS - MG

CEP: 35490000

MEDIDOR Nº: AMC081058505

Energia Elétrica 439338

Nº DO CLIENTE: 7003540519

Subclasse: RESIDENCIAL		Classe: Monofásico
Instalação	300.055.5727	
Dados de Leitura		Modalidade Tarifária Tarifa Convencional
Anterior	11/07	09/08
Atual	09/08	09/09

Informações Técnicas	
Leitura Anterior	10793
Leitura Atual	10844
Constante de Medição	1
Consumo kWh	51

VALORES FATURADOS		
Descrição	Quantidade	Preço
Energia Elétrica kWh	51	0,74591967
Descrição	ENCARGOS COBRANÇAS	
Contrib. Custeio Ilum. Pública	Valor R\$ 38,02	
Valor R\$	Valor R\$	





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>Hospital Bom Jesus</b>	2 - CHES <b>21171212</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CHES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <b>Carlos Daniel Lima Ribeiro</b>	6 - Nº PRONTUÁRIO											
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>1/1</b>	9 - SEXO <b>MASC.</b>	10 - RACIA <b>1</b>	11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>1</b>	13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>1</b>	15 - ENDEREÇO (RUA) Nº... BAIRRO	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Queda proprias altura em domicilio com Trauma ante braços D. Rx refrata discre radio</b>	21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>Pseudo artrose</b>	22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>Anamneses, Exame Físico, Rx</b>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Pseudoartrose radio</b>	24 - CID 10 PRINCIPAL <b>M89.1</b>	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ADNO

*Franklin William Ribeiro S. Soares*  
Secretário Municipal de Saúde

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>Tratamento Cirurgico</b>	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>0141081020</b>		
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>Eletrico</b>	31 - DOCUMENTO ( ) CNS (X) CPF	32 - Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE <b>01131152916-1515</b>
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>01/09/22</b>	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - DT
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNPJ DA EMPRESA	44 - DT
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO S			

## AUTORIZAÇÃO

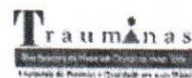
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO NDSI
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Luis Ricardo C. Albanese</b>	



RECEBEMOS DE TRAUMINAS DIST MAT CIRURG HOSP SA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO: 6725 - MUNICIPIO DE ENTRE RIOS DE MINAS - - (R\$ 1.729,20)(HUM MIL SETECENTOS E VINTE E NOVE REAIS E VINTE CENTAVOS)

NF-e  
Nº. 1.056.390  
SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



TRAUMINAS DIST MAT CIRURG HOSP SA

RUA JACEGUAÍ N. 159

Bairro PRADO, BELO HORIZONTE, MG

Fone: 31-3045-1955, CEP: 30411040

### DANFE

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº 1.056.390  
SÉRIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3122 1041 7210 5100 0190 5500 1001 0563 9016 9866 4030

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

venda de mercadorias

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131224996433697 19/10/22 11:45:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0628274700084

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

41.721.051/0001-90

### DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

MUNICIPIO DE ENTRE RIOS DE MINAS

CNPJ/CPF

6725 20.356.747/0001-94

DATA DA EMISSÃO

19-10-2022

ENDEREÇO

Rua PADRE PEDRO N. 69

Bairro/DISTRITO

CENTRO

CEP

35.490-000

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

19-10-2022

MUNICÍPIO

ENTRE RIOS DE MINAS

FONE/FAX

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DE SAÍDA

11:01:38

### FATURA/DUPLICATA

VENDA PRAZO 15 DIAS | BOL=001 Venc=03-11-2022 Valor=1729,20

### CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.729,20
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.729,20

### TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0 - Contrat. Emitente				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	VOLUME				

### DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS
12926	PARAFUSO CORTICAL ROSQ. BLOQUEIO 3.5X18MM ACO. Lote: 21G000985. 4995. UN. 10223710068.	90211020	040	5102	UN	1,00	92,40	92,40	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
12925	PARAFUSO CORTICAL ROSQ. BLOQUEIO 3.5X16MM ACO. Lote: 21H000936. 4994. UN. 10223710068.	90211020	040	5102	UN	1,00	92,40	92,40	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
44669	PARAFUSO VOLFIX 2.5X22 MM ROSCA TOTAL ACO. Lote: 21D00032. 616506. PC. 10223710089.	90211020	040	5102	PC	1,00	92,40	92,40	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
12889	PARAFUSO CORTICAL AUTO ROSQUEANTE 3.5X16MM ACO. Lote: 21A000113. 421004. UN. 10223710038.	90211020	040	5102	UN	2,00	92,40	184,80	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
12890	PARAFUSO CORTICAL AUTO ROSQUEANTE 3.5X14MM ACO. Lote: 21A000090. 421003. UN. 10223710038.	90211020	040	5102	UN	2,00	92,40	184,80	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
6843	PARAFUSO CORTICAL AUTO ROSQUEANTE 3.5X20MM ACO. Lote: 21H001441. 421005. UN. 10223710038.	90211020	040	5102	UN	1,00	92,40	92,40	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
22530	PLACA VOLFIX T OBLIQUA DIR 08 FUROS ACO. Lote: T08430. 616504. UN. 10223710089.	90211020	040	5102	UN	1,00	990,00	990,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

### CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
---------------------	--------------------------	-----------------------	----------------

### DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES REDUÇÃO A ZERO DAS ALÍQUOTAS DE PIS/PISOFINS. ISENTO DE ICMS CONFORME CONVÊNIO ICMS 01/90 ANEXO I PARTE I ITEM 07 DO RICMS/GO. DECRETO 4306/2002. PROTOCOLO DO CONVÊNIO: ICMS/04/DE30/09/01. PROCEDIMENTO AUTORIZADO: PELO ANEXO I ANEXO II DO RICMS/GO. CÍRURGIA REALIZADA NO HOSPITAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BOM JESUS EM CONDIÇÕES. NOME PACIENTE: CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO DATA CÍRURGIA: 06/10/2022 AGENDAMENTO: 117242 CONVÊNIO: PREFEITURA NOME MEDICO: DR FREDERICO MONTEIRO VIEIRA ALVARA 2017026533 AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO: 104465 1 CERTIFICADO BOAS PRÁTICAS 248729116-1 CHAVE DE ACESSO REFERENCIAL: 31221041721051000190550010010520671895407098 TOTAL PIS/COFINS R\$ 0 Venc: Alvará Sanitário: 09/11/2023	RESERVA DO AO FISCO
---	---------------------



NOTA DE EMPENHO

FUNDO SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS - 11.940.403/0001-37

EO04458-000

06/10/2022

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 04458-000 Venc: 06/10/2022 Ficha: 00227  
Credor: 25127 - DANIELE CRISTINA MOREIRA ABREU BORGES  
CPF: 053.139.569-30 PIS: CBO: Tel: () -  
Endereco: FAZENDA SANTA MARIA, s/nº  
ZONA RURAL - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação: RE:  
Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS  
Funcao.: 10 - SAUDE  
Subfuncao.: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.: 0012 - GESTAO PLENA NA SAUDE - ATENCAO BASICA  
Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMARIA  
Conta.: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS  
Tipo.: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS  
Fonte.: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE  
Controle Orcamentario:  
Saldo anterior: R\$ 1.171,94 Valor do empenho.: R\$ 1.100,00  
Saldo atual.: R\$ 71,94 Valor liquido.: R\$ 1.100,00  
Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA EXAMES LABORATORIAIS QUE NAO SAO FEITOS  
PELO SUS, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA  
MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 06/10/2022

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

LIQUIDACAO	AUTORIZO PAGAMENTO
Confirmo receb. do Material ou Servico.	Determino pagamento da presente despesa.
Data: 06/10/2022	Data: 06/10/2022
Visto: <u>THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE</u>	Visto: <u>JOSE WALTER RESENDE AGUIAR</u>
GERENTE DA SAUDE	PREFEITO MUNICIPAL
CPF:045.448.926-94	CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 1.100,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao Municipal a importancia de R\$ 1.100,00 (UM MIL , CEM REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

10 / 10 / 2022

DANIELE CRISTINA MOREIRA ABREU BORGES

Documento: Recebedor: Lancament  
Banco: Brasil Conta: 1094.4 Cheque: 351170





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

202  
20




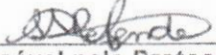
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS ( ) Para Licitar ( ) Efetivação de compras ( ) Recurso Próprio ( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	Ficha	
	Fonte	102
Secretaria Requisitante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Setor:	SAÚDE	
Tipo de Material/Serviço:	CONSULTA	
Destino do Material/Serviço:	PACIENTE Daniele Cristina Moreira Abreu Borges	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	SV	Exames laboratorial que não faz pelo sus	1.100,00	1.100,00
				Total: R\$: 1.100,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 04/10/2022.	Requisição elaborada por: ARIANA APARECIDA DE RESENDE
Memorando se houver:  Paciente em tratamento oncológico necessitando destes exames para continuidade em seu tratamento.	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	(x) Deferido - ( ) Indeferido  Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: 4134, 06/10/22.  Responsável pelo Protocolo

203

Orçamento de exames para  
DANIELE CRISTINA MOREIRA ABREU BORGES

Número: 8000864 • Emissão: 03/10/2022 • Vencimento: 06/10/2022

Convênio: PARTICULAR • Plano: ÚNICO

Exames	Código	Quantidade	Valor unitário	Prazo (dias)	Subtotal
HORMONIO ADRENOCORTICOTROPICO - ACTH		1	90,00	10	90,00
CORTISOL		1	60,00	3	60,00
CORTISOL SALIVAR - 22 HORAS		1	70,00	3	70,00
SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA		1	60,00	3	60,00
SODIO		1	20,00	1	20,00
POTASSIO		1	20,00	1	20,00
RENINA		1	50,00	5	50,00
ALDOSTERONA		1	90,00	5	90,00
METANEFRRINAS PLASMATICAS		1	500,00	7	500,00
CATECOLAMINAS - FRACCOES (URINA 24 HORA)		1	150,00	20	150,00
CALCIO		1	15,00	3	15,00
CALCIO IONICO		1	20,00	5	20,00
PARATORMONIO - PTH INTACTO (MOLECULA II		1	70,00	2	70,00
FOSFORO		1	30,00	5	30,00
TSH ULTRA SENSIVEL		1	30,00	5	30,00
T4 LIVRE		1	30,00	5	30,00
25-HIDROXIVITAMINA D		1	50,00	7	50,00
VITAMINA B12		1	40,00	8	40,00
PROTEINAS TOTAIS E FRACIONADAS		1	15,00	3	15,00
HORMONIO FOLICULO ESTIMULANTE - FSH		1	42,00	2	42,00
HORMONIO LUTEINIZANTE - LH		1	30,00	2	30,00
17 BETA ESTRADIOL		1	60,00	5	60,00
FERRITINA SERICA		1	40,00	8	40,00
		23			1.582,00

Desconto: 260,00

Taxa extra: 0,00

A Pagar: 1.322,00

11.768.258/0001-59

LABORATÓRIO DE ANÁLISES  
CLÍNICAS DEL REY LTDARUA FREDERICO DE MANN, 130  
CENTROENTRE RIOS DE MINAS - MG  
CEP 35.450-000



204  
CP



# Clínica de Barbacena

## RECEITUÁRIO

Janife Cristina M. Abreu Borges.

Sobrinha: TSH / T4L

- ACTH - UAD / UEBR.

- Corticof base - Testes totais e livres

- Corticof base no 00:00 horas - FSH/LH/Endonol

SDHCA

For: CA de Adrenaf.

- Sódio / K.

- Rinsina / Glaxofina.

- Mefenâmico / Analgésicos

- Colinafina / Analgésicos

- Café total e 10ml

- PTH

- Testes.

- Rinsina



30/07/22.

ACTH - 90,00

cortisol basal - 50,00

cortisol salivar - 70,00

SDHCA - 60,00

hemo - 30,00

potássio - 30,00

uremia / aldosterona - 90,00

metanefrinas plasmáticas - 440,00

catecolamina urinária - 180,00

calcio total e iônico - 60,00

PTH - 80,00

fósforo - 30,00

Total : R\$ 1580,00 com desconto R\$ 1.100,00.

TSH e T4 - 80,00

vit D - 80,00

vit B12 - 50,00

proteínas T e F - 30,00

FSH - 40,00

LH - 40,00

estradiol - 50,00

[23.963.952/0001-06]

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E  
CITOLOGIA - LABO RIOS - LTDA.

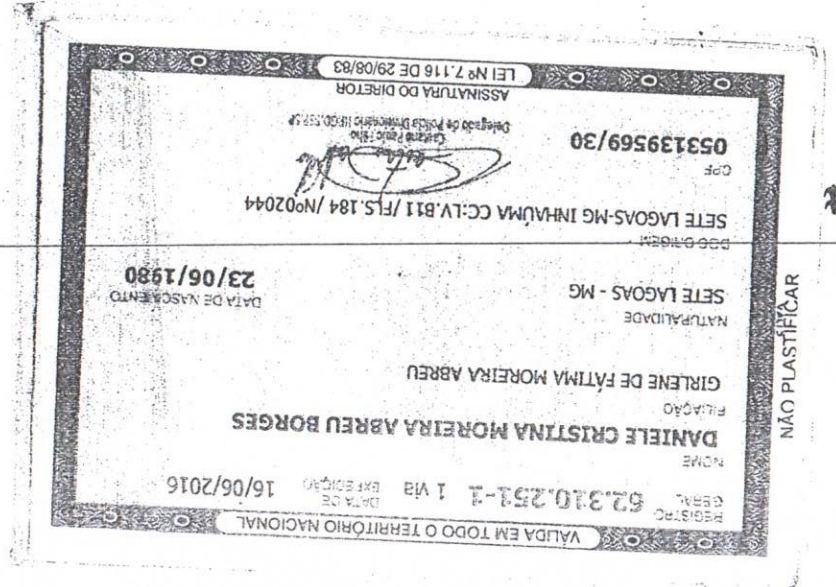
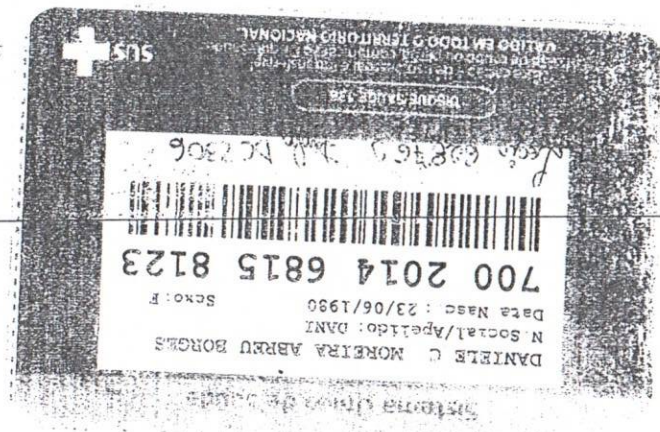
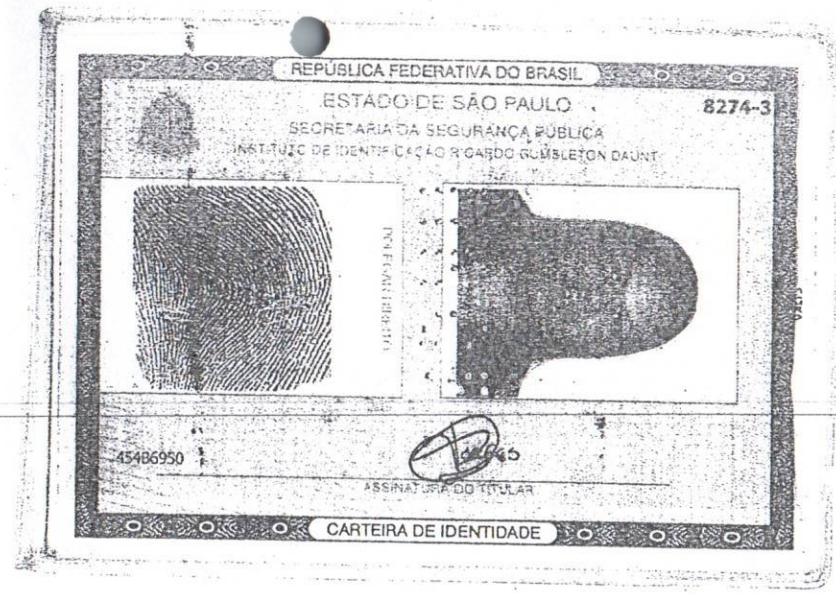
Rua Dr João Vaz, 596

Centro - CEP 35.490-000

[Entre Rios de Minas - MG.]

*Solange*





Entre Rios de Minas, 19 de Maio de 2022

20/05/22

CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
CNPJ 06.981.180/0001-16  
Inscr. Estadual 062.322136.0087  
Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1  
Santo Agostinho - CEP 30.190-131

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Série: U1 NF: 358061649

**Controle:**

02.164/R4SODBB403/0017

Emissão: 10/01/2022

Belo Horizonte, MG, Brazil 16:31:24

Tarifa Social de Energia Eléctrica - TSEE criado pela

Emissão autorizada pelo Regime Especial/PTA Nº 45.000009762.37 - SEF/MG

Lei nº 10.438 de abril de 2002

RENATO COELHO DE OLIVEIRA

Nº DO CLIENTE: 7001069823

RUA JOSE RIBEIRO ALMEIDA 21

Nº da Instalação

Subclasse

Classe	
--------	--

CX 1

**SASSAFRAS**

ENTRE RIOS DE MINAS - MG

CEP: 35490-000

MEDIDOR N°: AMI131190919

### Datas de Leitura

Anterior

Atual

Próxima

**Modalidade Tarifária**

Tarifa Convencional

09/12

10/01

08/02

### Informações Técnicas

Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo kWh
Energia Elétrica	1849	1934	1	85

## VALORES FATURADOS

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	85	1,12167946	95,32

## ENCARGOS/COBRANÇAS

Descrição	Valor R\$
Contrib.Custeio Ilum. Pública	9,63
Juros 1% am sobre conta 10/2021 pg 13/12/21	0,89
Correção IPCA sobre conta 10/2021 pg 13/12/21	0,84

**TARIFAS APLICADAS(Sem Impostos)**

Energia Elétrica kWh	0,76005000	
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)		
BANDEIRA ESCASSEZ HÍDRICA		17,80
BANDEIRA ESCASSEZ HÍDRICA		17,80

CPF: 004.690.606-11

Pág 1 de 1

5F7D.CF39.E6F7.66F3.829A.AA6D.2276.FE0C

RESERVADO AO FISCO

REFERENTE A JAN/2022	VENCIMENTO 11/02/2022	VALOR A PAGAR R\$ 106,68
-------------------------	--------------------------	-----------------------------

	Base de Cálculo (R\$):	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	66,73	0,57	R\$ 0,38
PASEP	66,73	2,63	R\$ 1,75
COFINS			

Mes/Ano	Consumo kWh	Custo kWh/dia	Dias de Faturam.	REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES
DEZ/2021	57	1,96	29	
NOV/2021	60	2,00	30	
OUT/2021	74	2,38	31	
SET/2021	74	2,38	31	
AGO/2021	76	2,30	33	
JUL/2021	69	2,37	29	
JUN/2021	69	2,65	26	
MAI/2021	70	2,50	28	
ABR/2021	100	3,22	31	
MAR/2021	95	2,96	32	
FEV/2021	88	3,14	28	
JAN/2021	99	3,19	31	

RECIBO DE QUITAÇÃO DE DÉBITOS Nº 01/2022 A Cessão, em atendimento à Lei nº 12.007, de 29/07/09, de  
Informações Gerais  
quitados os débitos do cliente em referência (contrato 5018515100), relativos ao fornecimento de  
energia elétrica a esta unidade consumidora, referente aos vencimentos de 01/01/2020 a 31/12/2021,  
excetuando eventuais débitos que sejam posteriormente apurados diante de possível verificação de  
irregularidades ou de revisão de faturamento, que abrangam o período em questão.  
DEZ/2021 Band. Esc. Hídrica - JAN/2022 Band. Esc. Hídrica  
Tarifa vigente conforme Res Anel nº 2.877, de 25/05/2021.  
O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais





**Prefeitura Municipal de Entre Rios de Minas**  
**Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento**  
**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica**

Número da Nota  
20220000000074  
Emissão  
08/11/2022 14:37:40  
Código de Verificação  
4579-D183

**Informações do Prestador**

Nome/Razão Social: LAB DE ANALISES CLINICAS E CITOLOGIA LABO RIO  
Nome Fantasia : LABO RIOS  
CPF/CNPJ: 23.963.952/0001-06  
Endereço: DR. JOAO VAZ 596 - CENTRO - CEP: 35490000  
Município: 3123908 - ENTRE RIOS DE MINAS/MG

Inscrição Municipal: 59  
Inscrição Estadual: ISENTA

**Informações do Tomador**

Nome/Razão Social: DANIELE CRISTINA MOREIRA ABREU BORGES  
CPF/CNPJ: 063.139.669-30  
Endereço: FAZENDA SANTA MARIA - RIMA - ZONA RURAL - CEP: 35490000  
Município: 3123908 - ENTRE RIOS DE MINAS/MG  
E-mail:

CEI:  
Inscrição Municipal:  
Inscrição Estadual:

**Detalhamento do Serviço Prestado**

EXAMES LABORATORIAIS FEITOS DIA 11/10/2022

**Serviço Prestado**

Cód. no Município: 7020202 - LABORATORIOS CLINICOS

LC 116/2003: 0402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultrasonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres

CNAE: 8640202 - Laboratórios clínicos

Município de Prestação do Serviço: 3123908 - ENTRE RIOS DE MINAS/MG

Valor dos Serviços	Deduções	PIS / PASEP	COFINS	INSS	IR
1.100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CSLL	Base de Cálculo	Alíquota	Desc. Incondicionado	Desc. Condicionado	Outras Retenções
0,00	1.100,00	2,00	0,00	0,00	0,00
ICMS	IPI	IOF	CIDE	ISS Retido	Valor Líquido NFS-e
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.100,00
Exigibilidade do ISS					Valor do ISS
01 - Exigível					22,00

**Informações Adicionais**

- Contribuinte optante pelo simples nacional.
- Lei 12.741/2012: Valor aproximado correspondente à totalidade dos tributos federais, estaduais e municipais que influenciam no cálculo do valor da prestação do serviço, valor total informado: R\$ 22,00 = ISS: R\$ 22,00(2,00 %) + PIS: R\$ 0,00 + COFINS: R\$ 0,00 + INSS: R\$ 0,00
- Você pode consultar a autenticidade desta nota através do código ao lado.



NOTA DE EMPENHO

EO01361-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

11/03/2022

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 01361-000 Venc: 11/03/2022 Ficha: 00227

Credor: 13172 - FERNANDA RIBEIRO SILVA

CPF: 069.169.596-22

PIS: CBO:

Tel: () -

Endereco: AV. PROF.CAROLINA ESTRELA,2088

CASTRO - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa....: 0012 - GESTAO PLENA NA SAUDE - ATENCAO BASICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMARIA

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 75.611,23 Valor do empenho....: R\$ 310,00

Saldo atual....: R\$ 75.301,23 Valor liquido.....: R\$ 310,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA REALIZACAO DE EXAME DE MAPEAMENTO CEREBRAL DE EMANUELLE SILVA SOUSA, SUA FILHA, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 11/03/2022

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 16/03/2022

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 16/03/2022

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 310,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao Municipal a importancia de R\$ 310,00 (TREZENTOS E DEZ REAIS ), referente a despesa acima mencionada.

26 / 04 / 22

FERNANDA RIBEIRO SILVA

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco:

Conta:

Cheque:



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
27/04/2022 - AUTOATENDIMENTO - 14.27.22  
2042702042 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: PM ENTRE RIOS MINAS -PMDE

AGENCIA: 2042-7 CONTA: 1.094-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : PM ENTRE RIOS MINAS -PMDE

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 1855-4 - CONGONHAS

CONTA: 38.005-9

FAVORECIDO: FERNANDA RIBEIRO SILVA

CPF/CNPJ: 069.169.596-22

VALOR: R\$

310,00

DEBITO EM: 26/04/2022

=====

DOCUMENTO: 042601

AUTENTICACAO SISBB:

F.79F.AEB.82C.E7E.E04

21/5



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS ( ) Para Licitar ( ) Efetivação de compras ( ) Recurso Próprio ( ) Recurso Específico / Convênio Qual?		<b>Ficha</b>	
		<b>Fonte</b>	<b>102</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
<b>Sector:</b>	SAÚDE		
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	Cateterismo		
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	PACIENTE Emanuelle Silva Sousa		

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	01	SV	Mapeamento cerebral	310,00	310,00
				<b>Total:</b>	<b>R\$: 310,00</b>

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 08/03/2022.	Requisição elaborada por: <b>ARIANA APARECIDA DE RESENDE</b>
Memorando se houver:	

( X ) Deferido - ( ) Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo Nº: <u>2856</u> / <u>16</u> / <u>03</u> / <u>22</u>  Responsável pelo Protocolo



Fwd: Valores exames

De: Fernanda Ribeiro (fernandarib62@gmail.com)

Para: studiofranca@yahoo.com.br

Data: segunda-feira, 7 de março de 2022 14:13 GMT-3

212  
\$

----- Forwarded message -----

De: <bg@drrenatopacheco.com.br>

Date: seg, 7 de mar de 2022 10:57

Subject: Valores exames

To: <fernandarib62@gmail.com>

Bom dia, Fernanda

Segue valores de exames na Clínica INRI do Dr Renato Pacheco:

Mapeamento cerebral R\$ 310,00 OU 2X 170,00 (340,00)

BERA R\$ 480,00 ou 2x262,50 (525,00)

Caso tenha alguma dúvida entrar em contato pelo whatasApp (32)  
998488-8686

ariana

Cartão do Usuário

SUS



Sistema  
Único de Saúde

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

EMANUELLE SILVA SOUSA

Data Nasc.: 13/07/2017

Sexo: F

708 0008 8087 0729



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.  
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS



213  
8





ELETRORFISIOLOGIA

PSICOLOGIA

PEATE/BERA

PSIQUIATRIA

NEUROPEDIATRIA  
DR. RENATO PACHECO DE MELO  
CRM: 35728

Emanuelle Silva Sousa, 4a5m

Exame solicitado: Mapeamento cerebral

Justificativa:

F90.0 - Distúrbios da atividade e da atenção

EM USO RISPERIDONA - ARISTAB

Dr. Renato Pacheco de Melo  
Neuropediatria  
Especialista  
CRM-MG 35728



<http://www.precalimedonline.com.br/Printar.asp?ID=29445019>

Rua Homero Seabra, nº 22 - 2º Andar - Centro  
Conselheiro Lafaiete/MG

Tel: (31) 3763-9398 / 98659-6377

Email: contato@drrenatopacheco.com.br / Site: www.drrenatopacheco.com.br

1/3





INRI

Instituto de Neuropediatria e Reabilitação Infantil

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG

RUA: HOMERO SEABRA, Nº 22 - 2º ANDAR - CENTRO

TELEFONE: (31) 3763-9398 | (31) 98659-6377

BARBACENA - MG (HOSPITAL SÃO FRANCISCO)

RUA: PADRE ANCHIETA, Nº 48 - 3º ANDAR - CENTRO

TELEFONE: (32) 3051-5635

### Orientações para Exame de BERA e MAPEAMENTO CEREBRAL

\*No dia anterior ao exame colocar a criança para dormir as 00:00h ( meia noite ) e acordá-la as 04:00h ( 4h da manhã ) A criança deverá chegar na clínica com muito sono, de preferência dormindo.

\*NÃO DEIXE que ela durma no trajeto de casa até a clínica.

\*Esse PREPARO é de extrema importância, para que os pais não percam viagem no dia do exame marcado, visto que, se esse preparo não for feito, poderá acarretar a não realização do exame, pois não é possível a realização dos mesmos com a criança acordada, por falta de colaboração da mesma.

\*Após a medicação (sedativo) ser ministrada, orientamos que os pais saiam da clínica pra dar uma volta com a criança com o objetivo de tentar fazê-la dormir com mais facilidade.

\*Alimentação e medicação em uso (se for o caso) devem ser mantidas da forma habitual.

\*Chegar 10 minutos antes do horário agendado

\*A criança não precisa estar em jejum.

\*Trazer exames audiológicos que paciente tenha realizado anteriormente (teste de orelhinha, impedanciometria, audiometria etc).

Data do Exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_ h.

Fwd: VALOR ELETROENCEFALOGRAMA

De: Fernanda Ribeiro (fernandarib62@gmail.com)

Para: studiofranca@yahoo.com.br

Data: segunda-feira, 7 de março de 2022 14:15 GMT-3

----- Forwarded message -----

De: <bg@drrenatopacheco.com.br>

Date: seg, 7 de mar de 2022 12:57

Subject: VALOR ELETROENCEFALOGRAMA

To: <fernandarib62@gmail.com>

Boa tarde Fernanda

Faltou te passar o valor do exame ELETROENCEFALOGRAMA, o mesmo custa R\$ 280,00 ou 2x 150,00 (300,00)

Att,  
Mariana

236  
A



**PREFEITURA MUNICIPAL CONSELHEIRO LAFAIETE**

Secretaria Municipal de Fazenda

Setor de Fiscalização Tributária

Avenida Prefeito Mario Rodrigues Pereira, nº 10 - Bairro Centro

Número da NFS-e

202200002837

Código de Verificação

LREHIN60N

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e**

Data da Emissão: 27/04/2022

Competência: Abril/2022

Natureza Operação: 1 - Tributação no município

Número do RPS / Lote:

Situação Tributária ISSQN: Normal

Local da Prestação: Conselheiro Lafaiete

Regime Especial de Tributação: ME - Microempresa

Optante do Simples Nacional: Sim

**Dados do Prestador de Serviço**

Razão Social/Nome: INRI CLINICA MEDICA LTDA - ME

Nome Fantasia: CENTRO DE ELETROFISIOLOGIA CONS. LAFAIETE

CPF/CNPJ: 10.832.379/0001-50

Inscrição Municipal: 128563

Município: Conselheiro Lafaiete/MG Cep: 36400-074

Endereço: R HOMERO SEABRA, 22, SALA 10, CENTRO

Telefone:

e-mail: inrilafaiete@yahoo.com.br

http

**Dados do Tomador de Serviço**

Razão Social/Nome: Fernanda Ribeiro Silva

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ 069.169.596-22

Inscrição Municipal:

Município: Entre Rios de Minas/MG

Cep: 35490-000

Endereço: Avenida Socrates Machado, S/N, Sem compl., Zona Rural

Telefone:

e-mail:

http

**Descrição dos Serviços**

Descrição	Valor Unitário	Qtd	Valor do Serviço	Base de Cálculo (%)	ISS
Exame de Mapeamento Cerebral da menor Emanuelle Silva Sousa	310,0000	1,00	310,0000	310,00 x 2,00	6,20

**Descrição do serviço**

Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

**CNAE**

8630-5/02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

**Retenções Federais**

PIS/PASEP: R\$ 0,00 COFINS: R\$ 0,00 INSS: R\$ 0,00 IR: R\$ 0,00 CSLL: R\$ 0,00 Outras retenções: R\$ 0,00

**Tributação ISSQN**

Desc. condicionado (R\$)	Des. Incondicionado (R\$)	Deduções (R\$)	Base de cálculo (R\$)	Valor ISS (R\$)
0,00	0,00	0,00	310,00	6,20

Valor bruto = R\$ 310,00

Valor líquido = R\$ 310,00

**Outras informações**

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 20/2009 e 101/2017.

Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2%

Situação desta NFS-e: Normal

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Renato Pacheco de Melo Médico Proprietário

Neurologia Infantil CRM 35.728 CPF 032.150.646

pagamento em dinheiro

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 41,70 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 7,97 (2,57%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

EMANUELLE SILVA SOUSA

MATRÍCULA:

0442890155 2017 1 00053 138 0012237 78

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DIA MÊS ANO

treze de julho de dois mil e dezessete

13/07/2017

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

11:50

Belo Horizonte - MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

Entre Rios de Minas-MG

Hospital Julia Kubitschek, Rua  
Dr. Cristiano Resende 2745

feminino

FILIAÇÃO

HELIO DA SILVA SOUSA

FERNANDA RIBEIRO SILVA

AVÓS

Raymundo Gonçalves de Sousa (falecido) e Alaide Maria da Silva Sousa

Mario Marçal da Silva e Eva Ribeiro Silva (falecida)

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NAO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

Dezoito de julho de dois mil e dezessete

30-74478329-3

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

O declarante optou, conforme art. 54, § 4º, da LRP, por ser a criança natural do Município Entre Rios de Minas - MG. Inscrito no CPF sob o nº 163.805.386-31, conforme Instrução Normativa da RFB nº 1548, de 13 de fevereiro de 2015.

Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutelas

Oficial: Luiz Maia Quintão

Rua Suaçui, 81 - centro

Entre Rios de Minas-MG: (31)3751-2655

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Entre Rios de Minas-MG, 21 de julho de 2017.

PODER JUDICIÁRIO - TJMG

CORREGEDORIA - GERAL DE JUSTIÇA

Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutelas - MG

Selo Digital: AVA14423 - Cod. Seg.

6987.9976.1340.5835 - Cod. e Quantidade do(s)

ato(s) Praticado(s): 1 (9101), 3 (8101) - Emof.

0,00 - Tx Judic. - 0,00 - Total: 0,00

Consulte a validade no site: <https://selos.tjmg.jus.br>

Assinatura do Oficial/Substituto

Helio Oliveira Duarte  
Oficial Substituto  
de Registro Civil

CGS-AAA-01020338



NOTA DE EMPENHO

EO04585-000

FUNDO SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS - 11.940.403/0001-37

19/10/2022

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 04585-000 Venc: 19/10/2022 Ficha: 00660

Credor: 08913 - VALERIA TEODORO AZEVEDO

CPF: 994.152.086-00 PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA FRANCISCO MARZANO, 112

SANTA EFIG - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0012 - GESTAO PLENA NA SAUDE - ATENCAO BASICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMARIA

Conta.....: 3.3.90.91.00 - SENTENÇAS JUDICIAIS

Tipo.....: 99 - OUTRAS SENTENÇAS JUDICIAIS E DECISÕES JUDICIA

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 455,92 Valor do empenho...: R\$ 278,48

Saldo atual....: R\$ 177,44 Valor liquido.....: R\$ 278,48

Historico: . AQUISICAO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS APOS CIRURGIA, PACIENTE EM PROCESSO JUDICIAL Nº 500728-46.2021.8.13.0239.

Autorizo o presente empenho

Data: 19/10/2022

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 19/10/2022

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 19/10/2022

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 278,48

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao municipal a importancia de R\$ 278,48 (DUZENTOS E SETENTA E OITO REAIS QUARENTA E OITO CENTAVOS ), referente a despesa acima mencionada.

24 / 10 / 22

VALERIA TEODORO AZEVEDO

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco:

Conta:

Cheque:

24/10/2022 - BANCO DO BRASIL - 14:52:48  
204202042 SEGUNDA VIA 0009  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM ENTRE RIOS MINAS -PMDE  
AGENCIA: 2042-7 CONTA: 1.094-4  
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	24/10/2022
NR. DOCUMENTO	552.042.000.018.729
VALOR TOTAL	278,48

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIA TEODORO AZEVEDO	
AGENCIA: 2042-7	CONTA: 18.729-1
NR. DOCUMENTO	552.042.000.001.094

=====

NR.AUTENTICACAO	A.C7E.540.5E1.AE1.DCB
-----------------	-----------------------

*Handwritten signature*





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

221  
A

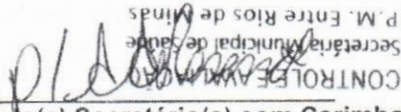


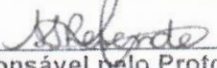
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS ( ) Para Licitar ( ) Efetivação de compras ( ) Recurso Próprio ( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Ficha</b>	
	<b>Fonte</b>	102
<b>Secretaria Requisitante:</b>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
<b>Setor:</b>	SAÚDE	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	MEDICAMENTOS	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	PACIENTE VALÉRIA TEODORO AZEVEDO	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01			medicamentos	278,48	278,48
Total:				RS: 278,48	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 17/10/2022.	Requisição elaborada por: ARIANA APARECIDA DE RESENDE
Memorando se houver:  Medicamentos utilizados após cirurgia. Paciente com processo judicial nº 5000728-46.2021.8.13.0239.	

(x) Deferido - ( ) Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo Nº: 4159, 19/10/22.  Responsável pelo Protocolo

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

MAURO L. CARDOSO E CIA LTDA

RUA RIO BRUMADO, 381  
SENHOR DOS PASSOS - ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
Fone: (31)3751-1048 CEP: 35490-000

DANFE

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 000.002.552  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3122 1007 7588 0300 0159 5500 1000 0025 5213 4572 9202

Consulta de autenticidade no portal da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131224991458975 17/10/2022 09:56:40

NATUREZA DA OPERAÇÃO

NOTA FISCAL DE VENDA AO CONSUMIDOR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

2399998970058

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

07.758.803/0001-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

VALERIA TEODORO AZEVEDO

CNPJ / CPF

994.152.086-00

DATA DA EMISSÃO

17/10/2022

ENDEREÇO

RUA FRANCISCO MARZANO, 142

BAIRRO / DISTRITO

SANTA EFIGENIA

CEP

35490-000

DATA DA SAÍDA

17/10/2022

MUNICÍPIO

ENTRE RIOS DE MINAS

UF

MG

TELEFONE / FAX

(31)9667-5524

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

09:56:38

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

278,48

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

278,48

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

9 - SEM FRETE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS	ALÍQUOTA % IPI
7896006207733	FONT D GOTAS 20 ML	21069030	0500	5405	UN	1,00	52,26	0,00	52,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896001942974	OMEGA 3 FISH OIL 1000MG 120CAPS GREEN	21069030	0102	5102	FR	1,00	28,90	0,00	28,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896658001680	VITA E 400 CAPS GEL. XFR - C.P. ANVISA 1057301370029 - - LOTE: INDEFINIDO - QTD: 1,00 - FAB: 01/01/2000 - VAL: 01/01/2000 -	30045090	0500	5405	UN	1,00	42,02	0,00	42,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7891045040686	CENTRUM 60CPR	21069030	0500	5405	UN	1,00	127,40	0,00	127,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898277713265	COMPLEXO B COMP C/100 ARTE NATIVA	21069030	0102	5102	UN	1,00	27,90	0,00	27,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR TOTAL DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MD5: E7B4750554B49ECB3EA8BF4BCA1CD20A

Valor aproximado dos Tributos (Fonte IBPT): Federal-37,46 Estadual-28,38 Municipal-0,00

RESERVADO AO FISCO



## NOTA DE EMPENHO

E003695-000

FUNDO SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS - 11.940.403/0001-37

25/08/2022

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 03695-000 Venc: 25/08/2022 Ficha: 00227

Credor: 08913 - VALERIA TEODORO AZEVEDO

CPF: 994.152.086-00

PIS: CBO:

Tel: () -

Endereco: RUA FRANCISCO MARZANO, 142

SANTA EFIG - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa....: 0012 - GESTAO PLENA NA SAUDE - ATENCAO BASICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMARIA

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 21.652,79 Valor do empenho...: R\$ 595,79

Saldo atual....: R\$ 21.057,00 Valor liquido.....: R\$ 595,79

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA MEDICAMENTOS E CONSULTA COM CIRURGIAO  
CONFORME DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 25/08/2022

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

## L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 25/08/2022

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE

GERENTE DA SAUDE

CPF:045.448.926-94

## A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 25/08/2022

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 595,79

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao  
Municipal a importancia de R\$ 595,79 ( QUINHENTOS E NOVENTA E CINCO  
LAIS E SETENTA E NOVE CENTAVOS ), referente a despesa acima mencionada.

09 / 09 / 2022

VALERIA TEODORO AZEVEDO

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco:

Conta:

Cheque:

09/09/2022 - BANCO DO BRASIL - 16:26:31  
204202042 SEGUNDA VIA 0002  
COMPROVANTE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM ENTRE RIOS MINAS -PMDE  
AGENCIA: 2042-7 CONTA: 1.094-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	09/09/2022
NR. DOCUMENTO	552.042.000.018.729
VALOR TOTAL	595,79

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIA TEODORO AZEVEDO  
AGENCIA: 2042-7 CONTA: 18.729-1  
NR. DOCUMENTO 552.042.000.001.094

=====

NR.AUTENTICACAO	6.493.B05.C44.769.412
-----------------	-----------------------

22/7





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

225  
25/08

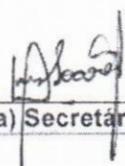

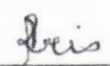
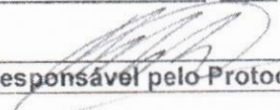
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS ( ) Para Licitar ( ) Efetivação de compras ( ) Recurso Próprio ( ) Recurso Específico / Convênio Qual?	<b>Ficha</b>	
	<b>Fonte</b>	<b>102</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
<b>Sector:</b>	SAÚDE	
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	CIRURGIA	
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	PACIENTE VALÉRIA TEODORO AZEVEDO	

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01			medicamentos	500,79	500,79
01			Consulta com cirurgião	95,00	95,00
Total:				R\$: 595,79	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 22/08/2022.	Requisição elaborada por: ARIANA APARECIDA DE RESENDE
Memorando se houver:  Medicamentos utilizados após cirurgia. Paciente com processo judicial nº 5000728-46.2021.8.13.0239.	

	(x) Deferido - ( ) Indeferido
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo Nº: 3863, 25/08/22.  Responsável pelo Protocolo

Recebemos de MAURO L. CARDOSO E CIA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  
Destinatário: MARIA TEODORO AZEVEDO - RUA FRANCISCO MARZANO, 142 - SANTA EFIGENIA - ENTRE RIOS DE MINAS - MG.  
Data: 16/08/2022 Valor Total: R\$ 500,79

NF-e

Nº 000.002.504

Série 001

MAURO L. CARDOSO E CIA LTDA

RUA RIO BRUMADO, 381  
SENHOR DOS PASSOS - ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
Fone: (31)3751-1048 CEP: 35490-000

DANFE

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 000.002.504

Série 001

Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3122 0807 7588 0300 0159 5500 1000 0025 0419 8797 1117

Consulta de autenticidade no portal da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131224882815068 16/08/2022 11:11:46

URA DA OPERAÇÃO

OTA FISCAL REF. CUPOM FISCAL

SCRIÇÃO ESTADUAL

399998970058

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

07.758.803/0001-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

RE / RAZÃO SOCIAL

ALERIA TEODORO AZEVEDO

CNPJ / CPF

994.152.086-00

DATA DA EMISSÃO

16/08/2022

EREÇO

UA FRANCISCO MARZANO, 142

BAIRRO / DISTRITO

SANTA EFIGENIA

CEP

35490-000

DATA DA SAÍDA

16/08/2022

INCÍPIO

ENTRE RIOS DE MINAS

UF

MG

TELEFONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

11:11:42

CLCULO DO IMPOSTO

E DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

500,79

OR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

500,79

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RE / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

9 - SEM FRETE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

EREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

NTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CBS/3N	GFP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS IPI
91045040679	CENTRUM CX C/30 COMP	21069030	0400	5929	UN	2,00	66,85	0,00	133,70	0,00	0,00	0,00	0,00
91045040686	CENTRUM 60CPR	21069030	0400	5929	UN	1,00	111,25	0,00	111,25	0,00	0,00	0,00	0,00
06001942974	OMEGA 3 FISH OIL 1000MG 120CAPS GREEN	21069030	0400	5929	FR	1,00	27,90	0,00	27,90	0,00	0,00	0,00	0,00
06641817502	NORIPURUM INJ 5ML UNIDADE (Estoque)	30049099	0400	5929	UN	3,00	18,90	0,00	56,70	0,00	0,00	0,00	0,00
06658001680	VITA E 400 CAPS GEL .XFR	30045090	0400	5929	UN	1,00	42,02	0,00	42,02	0,00	0,00	0,00	0,00
08007677331	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 0250ML	30049099	0400	5929	UN	3,00	17,70	0,00	53,10	0,00	0,00	0,00	0,00
08014567267	SIMETICONA 75MG/ML GTS 15ML	30049099	0400	5929	UN	1,00	15,22	0,00	15,22	0,00	0,00	0,00	0,00
08277713265	COMPLEXO B COMP C/100 ARTE NATIVA	21069030	0400	5929	UN	1,00	27,90	0,00	27,90	0,00	0,00	0,00	0,00
08283815724	EQUIPO MACRO GOTAS C/FILTRO E INJETOR	90189010	0400	5929	UN	1,00	4,50	0,00	4,50	0,00	0,00	0,00	0,00
07595624802	VITAMINA E 400MG FR 30 CAP	30045090	0400	5929	CX	1,00	28,50	0,00	28,50	0,00	0,00	0,00	0,00

CULO DO ISSQN

ÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR TOTAL DO ISSQN

0,00

OS ADICIONAIS

IAÇÕES COMPLEMENTARES

Ref.: (3122 0607 7588 0300 0159 6502 8000 0687 5110 0070 7255), (3122 0607 7588 0300 0159 6502 8000 0690 5210 0071 0268),  
(3122 0607 7588 0300 0159 6502 8000 0690 5310 0071 0273), (3122 0607 7588 0300 0159 6502 8000 0692 4210 0071 2168), (3122 0607  
0300 0159 6502 8000 0692 4710 0071 2210), (3122 0607 7588 0300 0159 6502 8000 0699 1610 0071 8903), (3122 0707 7588 0300  
6500 1000 0560 5210 0058 0268), (3122 0707 7588 0300 0159 6500 1000 0560 5310 0058 0273), (3122 0707 7588 0300 0159 6500  
0561 5110 0058 1254), (3122 0707 7588 0300 0159 6502 8000 0711 1210 0073 0863), (3122 0707 7588 0300 0159 6502 8000 0711  
0073 0884), (3122 0807 7588 0300 0159 6500 1000 0568 0710 0058 7817), (3122 0807 7588 0300 0159 6500 1000 0571 9310 0059  
- MD5: 9F4C342519BC151866AD64B195C3EB94  
aproximado dos Tributos (Fonte IBPT): Federal-66,94 Estadual-36,09 Municipal-0,00

RESERVADO AO FISCO



**Hospital Benjamin Guimarães**  
(HOSPITAL DA BALEIA)

DE UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL DEC. 63686 DE 26-11-68  
ESTADUAL LEI 2345 DE 22-08-61 - MUND. LEI 3011 DE 13-12-78  
CNPJ Nº 17.200.429/0001-25

RUA JURAMENTO, 1.464 - TEL.: 3489-1500 - CAIXA POSTAL 372  
CEP 30285-000 - BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

**RECIBO**

Nº 108688

227  
D

Recebemos de Voléria Teodoro Azevedo

Endereço \_\_\_\_\_

CPF/CNPJ(MF) Nº \_\_\_\_\_ a importância de R\$ 95,00

doente e em casa

referente a \_\_\_\_\_

Mau Bolso  
D. Bruno

BELO HORIZONTE: 15 de Julho 2022

Paula

NOTA DE EMPENHO

EO01026-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS - 20.356.747/0001-94

23/02/2022

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 01026-000

Venc: 23/02/2022

Ficha: 00227

Credor: 08913 - VALERIA TEODORO AZEVEDO

CPF: 994.152.086-00

PIS: CBO:

Tel: () -

Endereco: RUA FRANCISCO MARZANO, 142

SANTA EFIG - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0012 - GESTAO PLENA NA SAUDE - ATENCAO BASICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMARIA

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 81.614,18 Valor do empenho...: R\$ 318,95

Saldo atual...: R\$ 81.295,23 Valor liquido.....: R\$ 318,95

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA CONSULTA MEDICA E MEDICAMENTOS UTILIZADOS APÓS CIRURGIA, CONFORME DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 23/02/2022

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 23/02/2022

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

A U T O R I Z O P A G A M E N T O

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 23/02/2022

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 318,95

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao municipal a importancia de R\$ 318,95 (TREZENTOS E DEZOITO REAIS E NOVENTA E CINCO CENTAVOS), referente a despesa acima mencionada.

08 / 03 / 22

VALERIA TEODORO AZEVEDO

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco:

Conta:

Cheque:



08/03/2022 - BANCO BRASIL - 15:53:48  
204202042 SECONDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM ENTRE RIOS MINAS -PMDE  
AGENCIA: 2042-7 CONTA: 1.094-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	08/03/2022
NR. DOCUMENTO	552.042.000.018.729
VALOR TOTAL	318,95

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIA TEODORO AZEVEDO  
AGENCIA: 2042-7 CONTA: 18.729-1  
NR. DOCUMENTO 552.042.000.001.094

=====

NR.AUTENTICACAO	1.87C.308.2E6.F48.563
-----------------	-----------------------

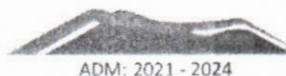
08/03



Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94



ADM: 2021 - 2024

Telefone: (31) 3751-1232

230  
A

**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS		Ficha	
( ) Para Licitar ( ) Efetivação de compras			
( ) Recurso Próprio ( ) Recurso Específico / Convênio Qual?		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
Sector:	SAÚDE		
Tipo de Material/Serviço:	CIRURGIA		
Destino do Material/Serviço:	PACIENTE VALÉRIA TEODORO AZEVEDO		

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01			medicamentos	223,95	223,95
01			Consulta com cirurgião	95,00	95,00
Total:				R\$: 318,95	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 21/02/2022.	Requisição elaborada por: ARIANA APARECIDA DE RESENDE
Memorando se houver:  Medicamentos utilizados após cirurgia. Paciente com processo judicial nº 5000728-46.2021.8.13.0239.	

(x) Deferido - ( ) Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: 9715, 23/02/22.  Responsável pelo Protocolo



Recebemos de MAURO L. CARDOSO E CIA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  
Destinatário: VALERIA TEODORO AZEVEDO - RUA FRANCISCO MARZANO, 142 - SANTA EFIGENIA - ENTRE RIOS DE MINAS - MG.  
Emissão: 21/02/2022 Valor Total: R\$ 223,95

DATA DE EMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 000.002.293

Série 001

MAURO L. CARDOSO E CIA LTDA

RUA RIO BRUMADO, 381  
SENHOR DOS PASSOS - ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
Fone: (31)3751-1048 CEP: 35490-000

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 000.002.293

Série 001

Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3122 0207 7588 0300 0159 5500 1000 0022 9318 7548 8890

Consulta de autenticidade no portal da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131224588605650 21/02/2022 10:22:59

CNPJ

07.758.803/0001-59

NATUREZA DA OPERAÇÃO

NOTA FISCAL REF. CUPOM FISCAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

2399998970058

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

07.758.803/0001-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

VALERIA TEODORO AZEVEDO

CNPJ / CPF

994.152.086-00

DATA DA EMISSÃO

21/02/2022

ENDEREÇO

RUA FRANCISCO MARZANO, 142

BAIRRO / DISTRITO

SANTA EFIGENIA

CEP

35490-000

DATA DA SAÍDA

21/02/2022

MUNICÍPIO

ENTRE RIOS DE MINAS

UF

MG

TELEFONE / FAX

(31)9667-5524

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

10:22:50

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		0,00			0,00		0,00	223,95	
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	
								223,95	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

9 - SEM FRETE

CODIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA %	
													ICMS	IPI
7891045040679	CENTRUM CX C/30 COMP	21069030	0400	5929	UN	2,00	57,90	0,00	115,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896094921479	BUSCOPAN CX 20 COMP	30044990	0400	5929	UN	1,00	17,89	0,00	17,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896181928683	SIMETICONA GTS 10ML	30049099	0400	5929	UN	1,00	15,22	0,00	15,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896658001680	VITA E 400 CAPS GEL XFR	30045090	0400	5929	UN	2,00	37,52	0,00	75,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR TOTAL DO ISSQN

0,00

ADOS ADICIONAIS

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

FCe Ref. (3122 0107 7588 0300 0159 6500 1000 0455 7710 0047 5517), (3122 0107 7588 0300 0159 6500 1000 0469 1310 0048 8871), (3122 0107 7588 0300 0159 6502 8000 0573 7710 0059 3517), (3122 0207 7588 0300 0159 6500 1000 0478 9310 0049 8676), (3122 0207 588 0300 0159 6502 8000 0591 1690 0061 0901) - MD5: B1DED26F68FB3ECFA34E43D57104AAA3  
Valor aproximado dos Tributos (fonte IBPT): Federal-30,12 Estadual-16,04 Municipal-0,00

RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 21/02/2022 10:23:03

Magno System - www.magnosystem.com.br

**Fundação Benjamin Guimarães**

( HOSPITAL DA BALEIA )

DE UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL DEC. 63686 DE 26-11-68

ESTADUAL LEI 2345 DE 22-08-61 - MUND. LEI 3011 DE 13-12-78

CNPJ Nº 17.200.429/0001-25

Nº 106471

RUA JURAMENTO, 1.464 - TEL.: 3489-1500 - CAIXA POSTAL 372  
CEP 30285-000 - BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

**RECIBO**

Recebemos de Valeria Teodoro Azevedo

Endereço \_\_\_\_\_

CPF/CNPJ(MF) Nº \_\_\_\_\_ a importância de R\$ 95,00

NOventa e cinco Reais

referente a \_\_\_\_\_

consulta mais Baléia

\_\_\_\_\_

Dra Bruno Pa RRE LAS

BELO HORIZONTE: 18 de FEVEREIRO 20 22

Anna L PEREIRA

232/  
08



## NOTA DE EMPENHO

FUNDO SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS - 11.940.403/0001-37

E002983-000

30/06/2022

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 02983-000 Venc: 30/06/2022 Ficha: 00227

Credor: 08913 - VALERIA TEODORO AZEVEDO

CPF: 994.152.086-00

PIS: CBO:

Tel: ( ) -

Endereco: RUA FRANCISCO MARZANO, 142

SANTA EFIG - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc...: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa....: 0012 - GESTAO PLENA NA SAUDE - ATENCAO BASICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMARIA

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 24.555,68 Valor do empenho...: R\$ 628,83

Saldo atual...: R\$ 23.926,85 Valor liquido.....: R\$ 628,83

Historico: . RELATIVO A AJUDA FINANCEIRA PARA CONSULTA, EXAMES E  
MEDICAMENTOS UTILIZADOS APOS CIRURGIA.

Autorizo o presente empenho

Data: 30/06/2022

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA  
CONTADOR  
CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

## LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 30/06/2022

Visto:

THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE  
GERENTE DA SAUDE  
CPF:045.448.926-94

## AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 30/06/2022

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR  
PREFEITO MUNICIPAL  
CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 628,83

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao  
Municipal a importancia de R\$ 628,83 (SEISCENTOS E VINTE E OITO REAIS E  
CENTA E TRÊS CENTAVOS), referente a despesa acima mencionada.

01 / 07 / 22

VALERIA TEODORO AZEVEDO

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco:

Conta:

Cheque:

01/07/2022 - BANCO DO BRASIL - 16:18:44  
204202042 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM ENTRE RIOS MINAS -PMDE  
AGENCIA: 2042-7 CONTA: 1.094-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	01/07/2022
NR. DOCUMENTO	552.042.000.018.729
VALOR TOTAL	628,83

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIA TEODORO AZEVEDO  
AGENCIA: 2042-7 CONTA: 18.729-1  
NR. DOCUMENTO 552.042.000.001.094

=====

NR.AUTENTICACAO	9.230.906.383.831.1CD
-----------------	-----------------------

*P/C*





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232

235  
28

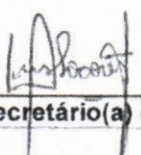


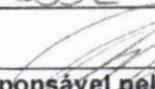
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

<input checked="" type="checkbox"/> Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS <input type="checkbox"/> Para Licitar <input type="checkbox"/> Efetivação de compras <input type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?		<b>Ficha</b>	
		<b>Fonte</b>	<b>102</b>
<b>Secretaria Requisitante:</b>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
<b>Setor:</b>	SAÚDE		
<b>Tipo de Material/Serviço:</b>	CIRURGIA		
<b>Destino do Material/Serviço:</b>	PACIENTE VALÉRIA TEODORO AZEVEDO		

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01			medicamentos	333,83	333,83
01			Consulta com cirurgião	95,00	95,00
01			Exames laboratoriais	200,00	200,00
<b>Total:</b>				<b>R\$: 628,83</b>	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 02/06/2022.	Requisição elaborada por: <b>ARIANA APARECIDA DE RESENDE</b>
Memorando se houver:  Medicamentos utilizados após cirurgia. Paciente com processo judicial nº 5000728-46.2021.8.13.0239.	

( x ) Deferido      -      ( ) Indeferido	
 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	 Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: <u>3352</u> <u>06/06/22</u>  Responsável pelo Protocolo



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2-Nº

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia	
8 - Número da Carteira		9 - Plano		10 - Validade da Carteira		11 - Nome		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		14 - Nome do Contratado		15 - Código CNES		16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Conselho Profissional		18 - Número no Conselho	
19 - UF		20 - Código CBO S		21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caráter da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)	
25 - Tabela		26 - Código do Procedimento		27 - Descrição		28 - Q1.Solic.		29 - Q1.Autoriz.			
1 -				HEMOGRAMA, GLICEMIA, UREIA, CREATININA, TRANSAMINASES, COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES,							
2 -				TRIGLICÉRIDES, FERRITINA PTH, TSH, CALCIO IONIC, CALCIO, PROTEÍNAS FRACIONADAS,							
3 -				ACIDO FÓLICO, VITAMINA B12, BILIRRUBINAS, VITAMINA D3.							
4 -											
5 -											
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32 - T.L.		33-34-35-Logradouro - Número - Complemento		36 - Município		37 - UF	
38 - Cód. IBGE		39 - CEP		40 - Código CNES		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho	
44 - UF		45 - Código CBO S		46a - Grau de Participação		46 - Tipo de Atendimento		47 - Indicação de Acidente		48 - Tipo de Saída	
01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar		07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS-Terapia Renal Substitutiva		0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros		1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito					
49 - Tipo de Doença		50 - Tempo de Doença		51 - Data		52 - Hora Inicial		53 - Hora Final		54 - Tabela	
A-Aguia C-Crônica		A-Anos M-Meses D-Dias		55 - Código do Procedimento		56 - Descrição		57 - Q1de.		58 - Via 59 - Tec. 60% Red. / Acresc.	
61 - Valor Unitário - R\$		62 - Valor Total - R\$		63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série		64 - Observação		65 - Total Procedimentos R\$		66 - Total Taxas e Abatidos R\$	
67 - Total Materiais R\$		68 - Total Medicamentos R\$		69 - Total Diárias R\$		70 - Total Gases Medicinais R\$		71 - Total Geral da Guia R\$		72 - Data e Assinatura do Solicitante	
73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		75 - Data e Assinatura do Prestador Executante							

Dr. Rafael Gomes C. Barros  
 Cirurgia Geral-RS 35392  
 Cirurgia Bariátrica-RS 1903  
 Cirurgia Vascular-RS 1903  
 CRM-MG 56138  
 CONTROLE 8838804





Av. Major Juscelino, 934 - Centro  
Entre Rios de Minas - MG - CEP 35.490-000  
Tel.: (31) 3751-2396  
e-mail: biomedlab@hotmail.com

Entre Rios de Minas, 23 de MAIO de 2022

O Laboratório Biomed (Laboratório Biomicro Ciências Ltda) vem informar VALÉRIA TEODORO AZEVEDO efetuou o pagamento no valor de R\$ 200,00 referente aos exames laboratoriais realizados nessa unidade.

Desde já agradeço,

Rodrigo Pedrosa Dornelas / (Biomédico Responsável)

237  
2001 -  
BIO MICRO  
CIÊNCIAS LTDA  
Avenida ... 934  
Cidade ... 35.490-000  
ENTRE RIOS DE MINAS

Recebemos de MAURO L. CARDOSO E CIA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  
Destinatário: VALERIA TEODORO AZEVEDO - RUA FRANCISCO MARZANO, 142 - SANTA EFIGENIA - ENTRE RIOS DE MINAS - MG.  
Emissão: 09/05/2022 Valor Total: R\$ 333,83

NF-e  
Nº 000.002.398  
Série 001

DATA DO RECEBIMENTO  
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

MAURO L. CARDOSO E CIA LTDA  
  
RUA RIO BRUMADO, 381  
SENHOR DOS PASSOS - ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
Fone: (31)3751-1048 CEP: 35490-000

DANFE  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica  
  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  

1

  
Nº 000.002.398  
Série 001  
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO  
3122 0507 7588 0300 0159 5500 1000 0023 9814 1938 2336

Consulta de autenticidade no portal da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
131224711668952 09/05/2022 09:47:47

CNPJ  
07.758.803/0001-59

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
NOTA FISCAL REF. CUPOM FISCAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
2399998970058

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL  
VALERIA TEODORO AZEVEDO  
ENDEREÇO  
RUA FRANCISCO MARZANO, 142  
MUNICÍPIO  
ENTRE RIOS DE MINAS

CNPJ / CPF  
994.152.086-00  
DATA DA EMISSÃO  
09/05/2022

BAIRRO / DISTRITO  
SANTA EFIGENIA  
CEP  
35490-000  
DATA DA SAÍDA  
09/05/2022

UF  
MG  
TELEFONE / FAX  
(31)3366-7552  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
HORA DA SAÍDA  
09:47:45

CÁLCULO DO IMPOSTO  
BASE DE CÁLCULO DO ICMS  
0,00  
VALOR DO ICMS  
0,00  
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00  
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00  
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
333,83  
VALOR DO FRETE  
0,00  
VALOR DO SEGURO  
0,00  
DESCONTO  
0,00  
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS  
0,00  
VALOR DO IPI  
0,00  
VALOR TOTAL DA NOTA  
333,83

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS  
NOME / RAZÃO SOCIAL  
FRETE POR CONTA  
9 - SEM FRETE  
CÓDIGO ANTT  
PLACA DO VEÍCULO  
UF  
CNPJ / CPF  
ENDEREÇO  
MUNICÍPIO  
UF  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
QUANTIDADE  
ESPÉCIE  
MARCA  
NUMERAÇÃO  
PESO BRUTO  
PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS  

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA %	
													ICMS	IPI
7891045040679	CENTRUM CX C/30 COMP	21069030	0400	5929	UN	3,00	63,25	0,00	189,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896006207733	FONT D GOTAS 20 ML	21069030	0400	5929	UN	1,00	52,26	0,00	52,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896658001680	VITA E 400 CAPS GEL .XFR	30045090	0400	5929	UN	1,00	42,02	0,00	42,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898277713258	COMPLEXO B 50	21069030	0400	5929	UN	2,00	24,90	0,00	49,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN  
INSCRIÇÃO MUNICIPAL  
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS  
0,00  
BASE DE CÁLCULO DO ISSQN  
0,00  
VALOR TOTAL DO ISSQN  
0,00

DADOS ADICIONAIS  
FORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
FCe Ref.: (3122 0307 7588 0300 0159 6500 1000 0489 1210 0050 8863), (3122 0407 7588 0300 0159 6502 8000 0639 9790 0065 9710),  
(3122 0507 7588 0300 0159 6500 1000 0523 8610 0054 3604), (3122 0507 7588 0300 0159 6502 8000 0662 7310 0068 2470), (3122 0507  
588 0300 0159 6502 8000 0662 7410 0068 2486) - MD5: 9F4C342519BC151866AD64B195C3EB94  
Valor aproximado dos Tributos (Fonte IBPT): Federal-44,90 Estadual-35,02 Municipal-0,00  
RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 09/05/2022 09:49:11

Magno System - www.magnosystem.com.br



# Fundação Benjamin Guimarães

( HOSPITAL DA BALEIA )

DE UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL DEC. 63686 DE 26-11-68  
ESTADUAL LEI 2345 DE 22-08-61 - MUND. LEI 3011 DE 13-12-78  
CNPJ Nº 17.200.429/0001-25

RUA JURAMENTO, 1.464 - TEL.: 3489-1500 - CAIXA POSTAL 372  
CEP 30285-000 - BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

RECIBO

Nº 108174

Recebemos de

Valencia Rosalva Mendes

Endereço

CPF/CNPJ(MF) Nº

a importância de R\$

95,00

doente e um mês

referente a

Tratamento  
Dr. Bruno

BELO HORIZONTE:

30 de

maio

2022

Marta

240  
D

DROGARIA SAYONARA  
MAURO L. CARDOSO E CIA LTDA  
RUA RIO BRUMADO 381 LOJA 01  
SENHOR DOS PASSOS  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35490-000  
CNPJ: 07.758.863/0001-59  
I.E.: 2399998970058 I.M.:

07/03/2022 11:09

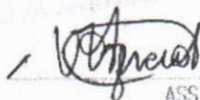
CLIENTE: 2804 - VALERIA TEODORO AZEVEDO  
VENDEDOR(A): 3 - CASSIO  
VALOR DEVIDO: 80,85

CODIGO	PRODUTO	QUANT.	V.UNIT.	SUBTOTAL	DESCONTO	TOTAL
7891045040679	CENTRUM CX C/30 COMP	1,000	55,95	55,95	0,00	55,95
7898277713258	COMPLEXO B 50	1,000	24,90	24,90	0,00	24,90
TOTAL DA VENDA:			80,85	- 0,00	=	80,85

ENTRADA 0,00

PARCELAS

07/04/2022 80,85



ASSINATURA



244  
P

-----  
DROGARIA SAYONARA  
MAURO L. CARDOSO E CIA LTDA  
RUA RIO BRUMADO 381 LOJA 01  
SENIOR DOS PASSOS  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35490-000  
CNPJ: 07.758.603/0001-59  
I.E.: 2399998970058 I.M.:  
-----

-----  
09/05/2022 08:58  
-----

CLIENTE: 2804 - VALERIA TEODORO AZEVEDO  
VENDEDOR(A): 228 - ADRIANA  
VALOR DEVIDO: 353,08  
-----

CODIGO	PRODUTO				
QUANT.	V.UNIT.	SUBTOTAL	DESCONTO	TOTAL	
7896658001680	VITA E 400 CAPS GEL .XFR				
1,000	42,02	42,02	0,00	42,02	
7896006207733	FONT D GOTAS 20 ML				
1,000	52,26	52,26	0,00	52,26	
TOTAL DA VENDA:		94,28	- 0,00	= 94,28	

-----

ENTRA 0,00

PARCELAS

09/06/2022 94,28

-----  
ASSINATURA  
-----

242  
8

DROGARIA SAYONARA  
MAURO L. CARDOSO E CIA LTDA  
RUA RIO BRUMADO 381 LOJA 01  
SENHOR DOS PASSOS  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35490-000  
CNPJ: 07.758.803/0001-59  
I.E.: 2399998970058 I.M.:

09/05/2022 08:56

CLIENTE: 2804 - VALERIA TEODORO AZEVEDO  
VENDEDOR(A): 228 - ADRIANA  
VALOR DEVIDO: 258,80

CODIGO	PRODUTO	QUANT.	V.UNIT.	SUBTOTAL	DESCONTO	TOTAL
7891045040679	CENTRUM CX C/30 COMP	1,000	67,90	67,90	0,00	67,90
7898277713258	COMPLEXO B 50	1,000	24,90	24,90	0,00	24,90

TOTAL DA VENDA: 92,80 - 0,00 = 92,80

ENTRADA 0,00

PARCELAS

09/06/2022 92,80

ASSINATURA



243  
D

DROGARIA SAYONARA  
MAURO L. CARDOSO E CIA LTDA  
RUA RIO BRUMADO 381 LOJA 01  
SENIOR DOS PASSOS  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35490-000  
CNPJ: 07.758.803/0001-59  
I.E.: 2399998970058 I.M.:

09/04/2022 10:59

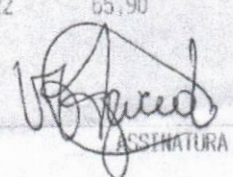
CLIENTE: 2804 - VALERIA TEODORO AZEVEDO  
VENDEDOR(A): 228 - ADRIANA  
VALOR DEVIDO: 662,99

CODIGO	PRODUTO	QUANT.	V.UNIT.	SUBTOTAL	DESCUNTO	TOTAL
7891045040679	CENTRUM CX C/30 COMP	1,000	65,90	65,90	0,00	65,90
TOTAL DA VENDA:			65,90	- 0,00	=	65,90

ENTRADA: 0,00

PARTES

09/05/2022 65,90

  
ASSINATURA

## NOTA DE EMPENHO

E004858-000

FUNDO SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS - 11.940.403/0001-37

31/10/2022

Modelo: EO - ORDINARIO Num: 04858-000 Venc: 31/10/2022 Ficha: 00227

Credor: 09925 - MARIA HELENA SILVA RODRIGUES

CPF: 547.051.856-68

PIS: CBO:

Tel: () -

Endereço: RUA MAESTRO OSORIO, 70 FUNDOS

SAO VICENT - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

Proc Licitação:

RE:

Classificacao:

Unid. Orc.: 02.007.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao...: 301 - ATENCAO BASICA

Programa...: 0012 - GESTAO PLENA NA SAUDE - ATENCAO BASICA

Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMARIA

Conta.....: 3.3.90.48.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS PESSOAS FÍSICAS

Tipo.....: 00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS

Fonte.....: 102 - RECEITAS DE IMPOSTOS - SAÚDE

Controle Orcamentario:

Saldo anterior: R\$ 7.710,84 Valor do empenho...: R\$ 580,00

Saldo atual...: R\$ 7.130,84 Valor liquido.....: R\$ 580,00

Historico: . AJUDA FINANCEIRA PARA AQUISICAO DE CANULA DE TRAQUEOSTOMIA PARA  
SUA IRMA MARIA APARECIDA OLIVEIRA E SILVA, CONFORME PEDIDO MEDICO  
E DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.

Autorizo o presente empenho

Data: 31/10/2022

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA

CONTADOR

CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

## LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 31/10/2022

Visto:

ELAINE EMANUELA SILVA FERREIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

CPF:087.026.696-92

## AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 31/10/2022

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR

PREFEITO MUNICIPAL

CPF:087.179.076-91

R E C I B O R\$ 580,00

Declaro para os devidos fins de prova que recebi deste Orgao  
Municipal a importancia de R\$ 580,00 ( QUINHENTOS E OITENTA REAIS ),  
referente a despesa acima mencionada.

08 / 11 / 2022

Maria Helena Silva Rodrigues  
MARIA HELENA SILVA RODRIGUES

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco: Brasil

Conta: 1094.4

Cheque: 251307





Prefeitura Municipal de  
**Entre Rios de Minas**



ADM: 2021 - 2024

Estado de Minas Gerais

CNPJ: 20.356.747/0001-94

Telefone: (31) 3751-1232




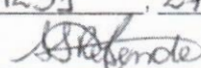
**REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS**

(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS ( ) Para Licitar ( ) Efetivação de compras ( ) Recurso Próprio ( ) Recurso Específico / Convênio Qual?		Ficha	
		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
Sector:	SAÚDE		
Tipo de Material/Serviço:	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA		
Destino do Material/Serviço:	PACIENTE Maria Aparecida Oliveira e Silva		

Item	Quant	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
01	1	SV	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA	580,00	580,00
Total:				R\$: 580,00	

OBS: Em caso de dispensa, inexigibilidade e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 25/10/2022.	Requisição elaborada por: ARIANA APARECIDA DE RESENDE
Memorando se houver:  Paciente internada no hospital São José em Conselheiro Lafaiete necessitando da cânula de uso individual para realização da traqueostomia.	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	(x) Deferido - ( ) Indeferido
 Assinatura do Controle Interno	 Assinatura do Prefeito
	Protocolo N°: 4231, 27/10/22.  Responsável pelo Protocolo

Vide parecer jurídico  
no verso.

  
04.11.2022

VENHO POR MEIO DESTES, SOLICITAR COM URGÊNCIA A COMPRA DE UMA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA PARA A PACIENTE MARIA APARECIDA OLIVEIRA E SILVA QUE SE ENCONTRA INTERNADO NESTE NOSOCÔMIO. A MESMA APRESENTA RISCO DE OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA POR ROLHA.

OBS.: CÂNULA DE USO INDIVIDUAL PARA O PACIENTE CITADO A CIMA MESMO APÓS ALTA HOSPITALAR (CONTINUIDADE DO USO DA MESMA EM DOMICÍLIO).

SEGUEM ABAIXO AS ESPECIFICAÇÕES DA MESMA:

- MARCA SHILEY;
- NÚMERO 8,0;
- COM DISPOSITIVO MACHO E FÊMEA;
- COM BALONETE;
- SEM FENESTRA.

DATA: 18/10/2022

*Dra. Nathalia Bianca C. de Oliveira*

*Fisioterapeuta*  
*CREFITO: 4/255966-F*

NATHALIA BIANCA COSTA DE OLIVEIRA  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO: 4/255966-F



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
MIG-8.937.958

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 01/10/2018

IDENTIFICADO  
MARIA APARECIDA OLIVEIRA E SILVA

RELACIONADO  
JOSE DA CRUZ SILVA

EFIGENIA SATIRO DE OLIVEIRA SILVA

NATURALIDADE  
ENTRE RIOS DE MINAS-MG

DATA DE NASCIMENTO  
17/12/1959

DOC ORIGEM  
NASC. LV-34A FL-391

ENTRE RIOS DE MINAS-MG

CPF 030.775.126-02

OTT-1312

JACQUELINE DE OLIVEIRA FERRAZ  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7116 DE 29/08/83

2 VIA

Sistema Único de Saúde

MARIA APARECIDA OLIVEIRA E SILVA

Data Nasc.: 17/12/1959 Sexo: F

704 6067 9513 8730

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de perda ou furto, comunicar ao Disque-Saúde.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
CNPJ 06.981.180/0001-16  
Inscr. Estadual 062.322135.0007  
Av. Barbacona, 1200 - 17º Andar - Ala A1  
São Paulo - SP - CEP 01301-900

Nota Fiscal - Conto de Energia  
Série 111  
NF 4030963  
3021/0038

Emissão: 11/07/2022  
Impressão: 11/07/2022 12:17:58  
Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
Emissão autorizada pelo Regime Especial/PTA Nº 45.000009762.37 - SEF/MG  
Lei nº 10.438 de ab

EFIGENIA SATIRO DE OLIVEIRA E SILVA  
RUA MAESTRO OSORIO 70 CS  
SAO VICENTE  
ENTRE RIOS DE MINAS - MG  
CEP: 35490000  
MEDIDOR Nº: AMH195104411

Nº DO CLIENTE: 700425

Nº da Instalação  
3002010140

Subclasse  
RESIDENCIAL

Dados de Leitura  
Anterior 09/06  
Atual 11/07  
Próxima 09/08

Modalidade  
Tarifa Con

Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição
Energia Elétrica	3658	3778	1

Descrição	Quantidade	Preço
Energia Elétrica kWh	120	0,81501391
ENCARGOS/COBRANÇAS		
Descrição		
Contrib.Custeio Ilum. Pública		
TARIFAS APLICADAS(Sem Impostos)		
Energia Elétrica kWh		0,63997500

CPF: 602.425.076-20

RESERVADO AO FISCO 2017.2647.F2A7.4D3A.38F6.737B.E

REFERENTE A	VENCIMENTO	VALOR A
JUL/2022	22/08/2022	R\$ 10
Base do Cálculo (R\$):		
ICMS	97,78	R\$ 17,78
PASEP	80,18	R\$ 0,75
COFINS	80,18	R\$ 2,49
REVISÃO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITO		
Para pagar esta fatura:		
Mês/Ano	kWh	kWh/dia
JUN/2022	111	3,70
MAI/2022	132	4,12
ABR/2022	121	4,17
MAR/2022	149	4,96
FEV/2022	141	4,86
JAN/2022	163	5,09
DEZ/2021	140	4,82
NOV/2021	147	4,90
OUT/2021	182	5,87
SET/2021	164	5,40



248  
P

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	MG-4.589.536
DATA DE EXPEDIÇÃO	23/08/2019
NOME	MARIA HELENA SILVA RODRIGUES
FILIAÇÃO	JOSE DA CRUZ SILVA EFIGENIA SATIRO DE OLIVEIRA E SILVA
NATURALIDADE	ENTRE RIOS DE MINAS-MG
DATA DE NASCIMENTO	18/8/1951
DOC. ORIGEM	CAS.AV.SEP LV-16B FL-177
ENTRE RIOS DE MINAS-MG	
CPF	547.051.856-68
PII-1312	LETÍCIA BAPTISTA GAMBOGE REIS DIRETORA DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
2.VIA	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

responsável  
irmã





**GASPAR DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS MEDICOS E  
HOSPITALARES LTDA**

Rua Monte Carmelo, 180 – Floresta, Belo Horizonte - Minas  
Gerais – CEP: 31.015-230

vendas@gaspardistribuidora.com.br  
Telefone: (31) 4102-7777

Orçamento N° 127

Emissão: 25/10/2022

Validade: 25/10/2022

Cliente:	SECRETARIA DE SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS	Telefone:	3137511232
Contato:	ARIANA	E-mail:	comprassaude@mg.com.br
Endereço:	RUA MONSENHOR LEÃO, nº 110,	CEP:	35490-000
Cidade:	Entre Rios de Minas - MG	Bairro:	CENTRO
Condições:	A Vista	Prazo de Entrega:	IMEDIATO

**Produtos e Serviços**

Código	NCM	Descrição	Qtd.	Unidade	Valor Unitário	Valor Total
191		191 - CANULA DE TRAQUEOSTOMIA N.8 C/ DISP. M E F C/ BAL.	1,000	UND	R\$ 580,00	R\$ 580,00
					<b>Total</b>	<b>R\$ 580,00</b>

**Totais**

Frete	Desconto	Total Sem Desconto	Total Final
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 580,00	R\$ 580,00

**Termos e Condições de Vendas**

No preço acima proposto, estão inclusos todos os custos necessários ao fornecimento do produto, como todas as despesas bem com todos os tributos, seguros, encargos trabalhistas, comerciais ou quaisquer outras despesas que incidam ou venham a incidir sobre objeto desta compra direta, e que influenciem na formação do preço desta Proposta.

Dados Bancários: BANCO: 077BANCO INTER AG: 0001-9 CC: 101730551

CHAVE PIX CNPJ: 14.909.224/0001-25 - Gaspar Distribuidora Ltda.

Representante Legal: Victor Gaspar Fonseca Lago RG: 21.334.513-4 CPF: 341.401.498-09

Alvará Sanitário - n° 2021104114

AFE - ANVISA N° 8241081



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS – MG****PROPOSTA COMERCIAL**

ITEM	UNID	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR FINAL
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA N.8 C/ DISP. M E F C/ BAL. SEM FEN.	UND	1	R\$ 650,00	R\$ 650,00

Valor total: R\$ 650,00

Prazo de entrega: até 15 (quinze) dias corridos

Pagamento: Antecipado

Validade da proposta: 30 (trinta) dias

No preço acima proposto, estão inclusos todos os custos necessários ao fornecimento do produto, como todas as despesas bem como todos os tributos, seguros, encargos trabalhistas, comerciais ou quaisquer outras despesas que incidam ou venham a incidir sobre o objeto desta compra direta, e que influenciem na formação do preço desta proposta.

Atenciosamente,

ISABELLA DE OLIVEIRA  
MATOS:05898929673

Assinado de forma digital por  
ISABELLA DE OLIVEIRA  
MATOS:05898929673  
Dados: 2021.07.06 10:28:51 -03'00'

Isabella de Oliveira Matos

Sinapse Health and Technology Ltda

CNPJ: 38.085.154/0001-04

Belo Horizonte 24 de Outubro

de 2022





251  
A

Recebi da empresa Gaspar Distribuidora de Materiais Médicos e Hospitalares Ltda,

- CANULA DE TRAQUEOSTOMIA SHILEY, FLEXIVEL REUTILIZAVEL COM BALÃO 8.0MM

SECRETARIA DE SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS - MG

Belo Horizonte, 26 de Outubro de 2022

14.909.224/0001-25  
GASPAR Distribuidora Ltda  
RUA MONTE CARMELO 180 SALA 01  
FLORESTA - CEP: 31.015-230  
BELO HORIZONTE - MG

RUA MONTE CARMELO, 180 SALA 1 CEP: 31.015-230 Belo Horizonte - MG

CNPJ: 14.909.224/0001-25 Inscrição Estadual: 003955870.00-88

E-mail: [diretoria.gaspar@gmail.com](mailto:diretoria.gaspar@gmail.com)

RECEBEMOS DE Agis Medical Produtos Hospitalares Ltda - Belo Horizonte - 05.222.267/0001-47  
OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR DA NOTA:

570,00

DATA DE EMISSÃO:

25/10/2022

NF-e  
Nº 197519  
SÉRIE 2



Agis Medical Produtos Hospitalares Ltda

Avenida Barbacena, 438 - Barro Preto  
Belo Horizonte - MG - CEP: 30.190-130 - FONE: (31) 3335-1717

### DANFE

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº 197519

SÉRIE 2

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO 3122 1005 2222 6700 0147 5500 2000 1975 1911 3413 6052

CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-E  
WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR/PORTAL  
OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

PROT. DE AUTORIZAÇÃO

131225007321539 25/10/2022 13:44:56

CRT (Código de Regime)

3 - Regime Normal

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0623847310010

INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTARIA

CNPJ/CPF

05.222.267/0001-47

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

MARIA APARECIDA OLIVEIRA DE SILVA

CNPJ/CPF

030.775.126-02

DATA DE EMISSÃO

25/10/2022

ENDEREÇO

RUA MAESTRO OSORIO, 70

BAIRRO

SAO VICENTE

CEP

35.490-000

DATA DE ENTRADA/SAÍDA

25/10/2022

MUNICÍPIO

Entre Rios de Minas

UF

MG

PAIS

Brasil

FONE/FAX

(31)3751-2691

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE ENTRADA/SAÍDA

13:44:55

FATURA

NÚMERO FATURA

197519

VALOR ORIGINAL

570,00

DESCONTO

0,00

VALOR LÍQUIDO

570,00

DUPLICATA

NÚMERO

001

VENCIMENTO

25/10/2022

VALOR

570,00

NÚMERO

VENCIMENTO

VALOR

NÚMERO

VENCIMENTO

VALOR

FORMA DE PAGAMENTO

FORMA PAGAMENTO

Outros - Outros

VALOR

570,00

FORMA PAGAMENTO

VALOR

VALOR TROCO

CÁLCULO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

550,00

VALOR DO FRETE

20,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR APROX DOS TRIBUTOS

VALOR TOTAL DA NOTA

570,00

TRANSPORTADOR/VOLÚMES \* RANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

0

DADOS DO PRODUTO/SERVICOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	ORIG/CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR UNIT	DESC	VLR TOTAL	VTRIB	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	TPI
8CN85R	SHILEY CANULA DE TRAQUEOSTOMIA FLEXIVEL REUTILIZAVEL COM BALAO 8.0MM L4: 21G0475JZX   Qnt: 1.0   Fab: 05/07/2021   Val: 05/07/2026 REG. ANVISA: 10349000516 L4: 21G0475JZX Fab: 05/07/21 Val: 05/07/26 UN: 1	90183929	2/40	5102	UN	1,0000	550,0000		550,00						

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AAS: 2020081211. AFE: 8.02831.0 (PMW4H57H3559) DML:2017039430. VENDA REALIZADA POR LAURA | VIA WHATSAPP  
PRODUTO ISENTO CONF. RICMS/2002. ART. 6º ANEXO I, PARTE 13 I.  
Valor aproximado dos tributos R\$: 20.81

RESERVADO AO FISCO