



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

2/6

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

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

LIQUIDACAO

AUTORIZO PAGAMENTO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 17/09/2021

Data: 17/09/2021

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

RECIBO 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: Conta: Cheque:



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			Ficha		
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?			Fonte	1.02	
Secretaria Requisitante:		Secretaria Municipal de Saúde			
Sector:		Saúde			
Tipo de Material/Serviço:		Exame de ultrasson transretal			
Destino do Material/Serviço:		Paciente Vicente de Paula Soares Resende			
Item	Quant.	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
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°: <u>3657</u> , <u>17/09/2021</u>
	 Responsável pelo Protocolo

CISPA 2V
EKOSON



ULTRAMED
CLÍNICA DE MEDICINA ESPECIALIZADA E ULTRASSONOGRAFIA

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

6/8

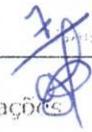
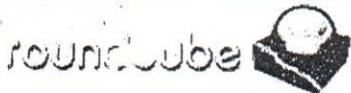
Vicente de Paulo Soares Resende

Reço: USG transretal com
biópsia da próstata

Just: PSA T: 5,90 ug/l
(É diabético)

11/8/21

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



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@yaf... br
Para **tfdsaude@entrieriosdeminas.mg.gov.br** <tfdsaude@entrierios...
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

M-4.416.426 DATA DE EMISSÃO 14/08/86

VICENTE DE PAULA SOARES RESENDE

IVO ISMAEL DE RESENDE
 ANGELINA SOARES DE RESENDE

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO
 ENTRE RIOS DE MINAS-MG 21/09/60

DOC. CRISM
 NAS.LV-31 FL-55V ENTRE R.DE MINAS

SELO HORIZONTE MG

Paula Soares Resende
 ASSINATURA DO DIRETOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
 COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO
 CADASTRO DE PESSOAS FISCAIS

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE
Vicente de Paula Soares Resende

HT/ST/ET 66
 1780108
 91796517880

Sistema Único de Saúde

VICENTE DE PAULA SOARES RESENDE
 Data Nasc.: 21/09/1960 Sexo: M
 709 1002 8594 8730

DIQUE BAUDE 136

Este cartão é de uso pessoal e não pode ser emprestado.
 Em caso de roubo ou perda, comunicar ao órgão emissor.
 VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

CARTERA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR
Vicente de Paula Soares Resende

ESTADO DE MINAS GERAIS
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

911 552

POLL-GAR DIREITO

Paula Soares Resende
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

VICENTE DE PAULA SOARES RESENDE

CONTINUINTE

NASCIMENTO 21.09.60
 INSCRIÇÃO NO CPF 624 753 206 72

C/C

3030-2-1000



Cemig Distribuição S.A. - CNPJ nº 09.191.201/0001-70 - Estabelecido nº 15.006
 Av. Amazonas, 1.411 - Fátima - Belo Horizonte - MG - CEP 31212-111 - Brasil - Telefone: (51) 3222-1111

Tabela de Tarifas de Energia Elétrica - TSEE - em vigor desde
 01/01/2020, de acordo com o Decreto nº 10.442, de 26 de abril de 2020

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 Nº049401249 - PTA Nº45.000014006.81

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

Tipo de Medição		Medição	Informações Técnicas		Constante de Multiplicação	Consumo kWh
Energia kWh		AJE062034596	Leitura Anterior	Leitura Atual		
			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
 Fat. conf. Res. ANEEL 414 Art. 86 - Leitura não prevista.
 Faturamento pela média
 SE7/2020 Band. Verde - OUT/2020 Band. Verde

Descrição	Valores Faturados		Valor R\$
	Quantidade	Preço	
Energia Elétrica kWh	218	0.64387703	140,34
Encargos e Cobranças			
Dif. recálculo tarifa integral			30,80
Abatimentos e Devoluções			
Subsídio tarifa líquida			-24,26
Tarifas aplicadas (sem impostos)			
Energia Elétrica kWh		0,50686000	



Mês/Ano	Histórico do Consumo		Dia
	Consumo kWh	Média kWh/Dia	
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

Handwritten signature or initials in blue ink.

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

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

*+599,00f
Vicente de Paula Soares Resende*

Amostras reais

*Ultrassonografia com Biópsia da
Próstata*

Cons. Lafaiete 27 Setembro 2021

*Recebemos
27/09/21*

Alina Christina Balbino
ASSISTENTE TÉCNICA

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

ORD E M D E P A G A M E N T O

OP00623-000

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

16/02/2022

Modelo: OP - ORDEM 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: Brasil 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

AUTORIZO PAGAMENTO

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

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

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

RECIPO 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
ROSELENE MAIA COELHO

Documento: _____ Recebedor: _____ Lancament
Banco: Braun Conta: 1094.4 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
10

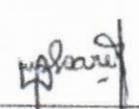
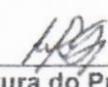
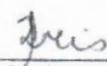
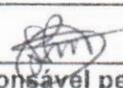
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

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

<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>2310</u> , <u>27/12/2021</u> .  Responsável pelo Protocolo

URGENTE 1

Dr. ERIC GROSSI MORATO

NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA

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

Rosevane Maria Costa

RM DA BACIA - ARACUARA

COXA FEMORAL BILATERAL
c/ GABUINO Direito

Dr. Sergio Drummond Jr.

996820208

999760626



DR ERIC GROSSI MORATO CRMMG 32523

ericgrossi@neurocirurgiaobh.com

ESPECIALISTA EM NEUROCIRURGIA VASCULAR E

NEURO ONCOLOGIA PELA UNNIVERSITÉ DE ROUEN FRANCE

32819822 - CTC-MU

15

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 SECRETARIA DE IDENTIDADE




ROSELENE MAIA COELHO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALID

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO MG-7.018.641 DATA 09/12/2013

ROSELENE MAIA COELHO

JOSE DOS SANTOS COELHO
 GENIRA MAIA COELHO

ENTRE RIOS DE MINAS-MG 5/8/1975
 CAS. AV. DIV. LV-2BAUX FL-7
 ENTRE RIOS DE MINAS-MG
 039547716-67

LEITICIA ALESSI MACHADO ROGÉDO
 ASSINATURA DO DIRETOR

PII-1312 2.VIA

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

VALID

NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº:2021/652

Emitida em:
13/12/2021 às 08:39:07Competência:
13/12/2021Código de Verificação:
4768a151

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:

17
GP

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 HorizonteNatureza 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



RECEBEMOS

Belo Horizonte 13 de Dezembro 2021

Dumelo

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
 JOSE WALTER RESENDE AGUIAR
 PREFEITO MUNICIPAL
 CPF:087.179.076-91

Geraldo Evangelista de Souza
 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: 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\$ 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: Beani Conta: 1094.4 Cheque: 850901



20/12/21

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

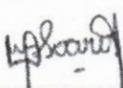
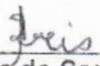
(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS (x) Para Licitar - () Efetivação de compras - () Recurso Próprio () Recurso Específico / Convênio Qual?	Ficha	
	Fonte	1.02

Secretaria Requisitante:	Secretaria Municipal de Saúde
Setor:	Saúde
Tipo de Material/Serviço:	Pernoite em pousada
Destino do Material/Serviço:	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, inexigibilidade 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.	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	(X) Deferido - () Indeferido
 Assinatura do Prefeito	
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: <u>2307</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 Cecilia 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

22
[Handwritten signature]

Nº:2021/79

Emitida em:
13/12/2021 às 13:37:43

Competência:
13/12/2021

Código 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

CAMILA JANUARIO SANTOS

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

Entre Rios De Minas

Telefone: Não Informado

Inscrição Municipal: Não Informado

MG

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, motéis, pensoes e congêneres; ocupacao por temporada com fornecimento de serviço (o valor da alimentacao e gorjeta, quando incluído no preco da diaria, fica sujeito ao imposto sobre servicos).

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



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INDASTRIA, COMÉRCIO
 E ABASTECIMENTO NACIONAL DE BRASÍLIA
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

23
 08

2180320551

Nome: CAMILA JANUARIO SANTOS MAIA

DOC IDENTIFICAD.: C.R.G. EMITIDA EM: 13016183047 SSP MA

CPF: 106.241.096-31 DATA NASCIMENTO: 30/10/1989

PRONOME: MURICIO JANUARIO MAIA

MARIA HELENA DE OLIVEIRA SANTOS MAIA

PROFISSÃO: ACS. CATEG. II

V. REGISTRO: 01/09/2024 VALORDE: 06/08/2024 1ª HABILITAÇÃO: 27/01/2020

Sistema Único de Saúde

CAMILA JANUARIO SANTOS MAIA

Data Nasc.: 30/10/1989 Sexo: F

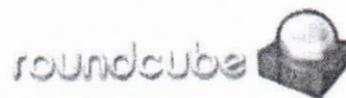
703 0078 5823 3679

QUINZE ANOS DE VIDA

Este cartão contém informações pessoais e profissionais de saúde. É válido em todo o território nacional.

SUS

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



24
9/

- 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



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 PESSSOAS 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

LIQUIDACAO

AUTORIZO PAGAMENTO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 09/12/2021

Data: 09/12/2021

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

RECIBO 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), ferente a despesa acima mencionada.

MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA

Documento: Recebedor: Lancament

Banco: Beani Conta: 10944 Cheque: 850871



REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

27

<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 checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Recurso Especifico / 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, inexistência e credenciamento, é necessário anexar uma justificativa e uma razão.

Entre Rios de Minas, 30/11/2021.	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>2.82</u> , <u>09/12/2021</u> 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



CEMIG DISTRIBUIÇÃO S/A
 C.P.F. 06.913.165/0001-15
 Av. Engenheiro Oscar Luiz de Azevedo
 S/nº, Engenheiro, 1209 - 17º Andar - Alameda
 Santa Apolônia - CEP 30.140-121

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 criada pela
 Emissão autorizada pelo Regime Especial/PTA Nº 45.000009762.37 - 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
 Tipo de Instalação: Residencial Baixa Renda / Residencial Monofásico

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

Tempo de Letura: 05/08 / 06/09 / 06/10
 Tipo de Tarifa: Tarifa Convencional

MEDIDOR Nº: ABA043068938

Informações Técnicas

Tipo de Medição	Leturas Anterior	Leturas Atual	Contrato de Instalação	Consumo kWh
Energia Elétrica	20949	21015	1	66

VALORES FATURADOS

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.	REVISÃO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS A RECEBER
AGO/2021	86	2,77	31	
JUL/2021	77	2,48	31	
JUN/2021	78	2,60	30	
MAI/2021	80	2,85	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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap

259-762709785-2

16/SET/2021

HORA DF 12:26:16
 TERM 009552

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

259-762709785-2

1ª VIA

29/08

30



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

CRISTINA MARA DE CASTRO DAMASCENO PINTO
AVENIDA PREFEITO TELESFORO CANDIDO DE REZENDE, 550 - SALA 605
CENTRO - 36400-053
CONSELHEIRO LAFAIETE - MG Fone/Fax:

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS
INSCRIÇÃO ESTADUAL
0036045950062
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.
35.571.921/0001-99
CNPJ
131224520089032 - 07/01/2022 10:25:48

DESTINATÁRIO / REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL
MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA
ENDEREÇO
RUA JOSE BRUNO, 220 - CASA
MUNICÍPIO
ENTRE RIOS DE MINAS
CNPJ / CPF
072.562.616-08
DATA DA EMISSÃO
07/01/2022
BAIRRO / DISTRITO
VARGEM DO ENGENHO
CEP
35490-000
DATA DA SAÍDA/ENTRADA
07/01/2022
UF
MG
FONE / FAX
31998114138
INSCRIÇÃO ESTADUAL
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	1.355,20	0,00	5.600,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME / RAZÃO SOCIAL
(9) Sem Frete
FRETE POR CONTA
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
00000663	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	
00000663	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	

ADOS 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
Fonoaudióloga/Audiologista
CRFª 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

NATURALIDADE: SERRA DO CAMAPUA-MG
DATA DE NASCIMENTO: 3/12/1964

DDC ORIGEM: CAS. LV-18B-FL-70
ENTRE RIOS DE MINAS-MG

CPF: 072562616-08

ASSINATURA DO DIRETOR: *Maria Aparecida Silva Ferreira*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PIT-1319 JULIO 1 VIA

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

DEZ/2002

BANCO DO BRASIL

Sistema Único de Saúde

MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA

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

700 4074 1798 8645

PARQUE SAÚDE-136

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR: *Maria Aparecida Silva Ferreira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTERIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

072.562.616-08

MARIA APARECIDA SILVA FERREIRA

03/12/1964

32

Rua Monteiro de Barros nº29 Santo Antônio -Fone: 31-37614955 Conselheiro Lafaiete - MG
Patrícia Procópio - Audiometria Clínica
CRFa 3870 MG

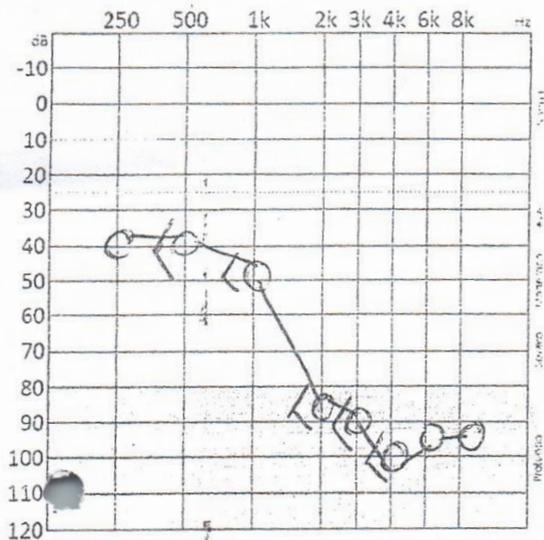
Nome: Marina Aparecida Silva Ferreira
Sexo: Fem. () Masc. Data de Nasc: 03/12/1964

ANAMNESE

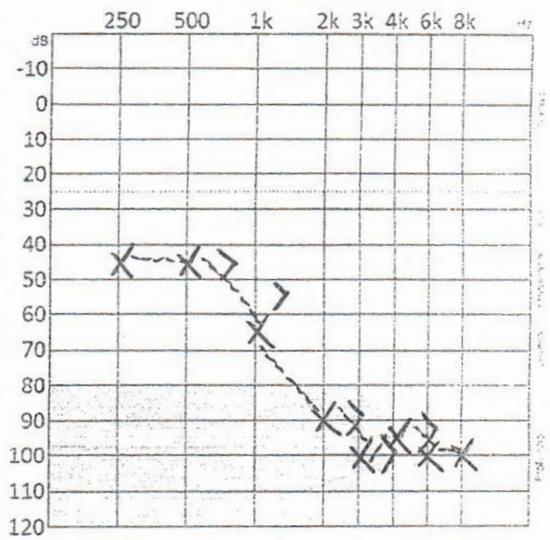
Já realizou exame audiométrico anteriormente: () Sim Não
Apresentou alteração: () Sim () Não () OD () OE
Meatoscopia: Normal () Alterada () OD () OE
Reposo auditivo de 14h: Sim () Não
Exposição a ruído laboral: () Sim Não Tempo Total: Dificuldade de Entender: Sim () Não
Uso de EPI: Sim Não () Tipo: () Plug () Abafador () Ambos Trâuma 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, Amapamil, Rivotril, Sugero
Teve alguma das seguintes doenças diagnosticadas? () Problemas Cardíacos
(?) Catapora (?) Caxumba () Meningite Hipertensão
(?) Sarampo () Rubéola () Diabetes () Problema cardíaco
Casos 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

O	VA OD
X	VA OE
<	VO OD
>	VO OE
Ø	VA OD Ausente
X	VA OE Ausente
<	VO OD Ausente
>	VO OE Ausente
△	VA OD mascarado
□	VA OE mascarado
┌	VO OD mascarado
┐	VO OE mascarado

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

LOGOaudiometria

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, 48/11/2021
Local/Data

NOTA DE EMPENHO

EO03473-

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

13/09/21

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 MUNICIPIO

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 ESTU... URODINAMICO, CONFORME PEDIDO MEDICO E DEMANDA DA SECRETAR... 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 desp

Data: 15/09/2021

Data: 15/09/2021

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\$ 395,00

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

02/15/100 / 2021

ANTONIO PADRE DA SILVA

Documento: Recebedor: Lancam

Banco: Conta: Cheque:

97140 8563



REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

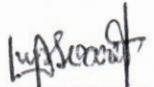
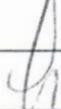
35
②

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?		Ficha	
		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	Secretaria Municipal de Saúde		
Setor:	Saúde		
Tipo de Material/Serviço:	Exame de Estudo urodinâmico		
Destino do Material/Serviço:	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:	

<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>3559</u> , <u>35 09 2021</u>  _____ Responsável pelo Protocolo

36/8



CENTRO AVANÇADO EM UROLOGIA

Sr Antonio Padre da Silva
78 anos

Solicito

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
CRMMG 31.708

1 - 5111

2 - Continuar pelo WhatsApp

14:41

2 14:41 ✓✓

37
08

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 062.322136.0007
Av. Barbaçana, 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 por
Emissão autorizada pelo Regime Especial PTA Nº 45.000009762.37 - SEF/MG - Lei nº 10.438 de abril de 20

MARIA NOEME CRUZ SILVA

Nº DO CLIENTE: 700037090

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

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		

MEDIDOR Nº: ABN928022689

Informações Técnicas

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

VALORES FATURADOS

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	74	0,99329561	73,4

ENCARGOS/COBRANÇAS

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)

Descrição	Valor R
Energia Elétrica kWh	0,66749465
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)	
BANDEIRA VERMELHA P1	2,8
BANDEIRA VERMELHA P2	2,5

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

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\$):		Alíquota%:
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

Mês/Ano	Histórico do Consumo		Dias de Faturam.
	Consumo kWh	Media kWh/dia	
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
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

CODIGO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
000036276319	08/07/2021	R\$ 83,27

REFERENTE A: JUN/2021 Nº DA INSTALAÇÃO: 3003627631

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ANTONIO PADRE DA SILVA
FEDRO JOSE GONCALVES
FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO
PARAIBA-PB
CAS. LV-15 FL-159
RIO DE JANEIRO-RJ
600411377-87
3/3/1943

PIT-1312
LEITIA ALESSI MACHADO ROGEDO
ASSISTENTE DO FISCAL

1 VIA

Sistema Único de Saúde

ANTONIO PADRE DA SILVA
Data Nasc.: 03/03/1943
Sexo: M
701 2000 5811 5316

DIQUE BAILE T96

5US

NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº: 2021/13430

Emitida em:
11/10/2021 às 11:02:15

Competência:
11/10/2021

Código de Verificação:
a5e21afe

39
/



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

Inscrição Municipal: Não Informado
 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 / 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 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\$ 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: 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

RECIBO 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: Recebedor: Lancament
Banco: Brasil Conta: 1094-4 Cheque: 850800



REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

42/10

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

OBS: Em caso de dispensa, inexistência 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 / 30/09/2021 Responsável pelo Protocolo

AS/100

22/09

03/30

43 / 8

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - ENTRE RIOS DE MINAS



Nome: Valéria Belém Soares Idade: _____

Unidade de Saúde: _____ Data: 03/09/21

SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

890,00

OK!

us transvaca das mótadas com biopsia nos anexos.

[Handwritten signature]

JUSTIFICATIVA: CA(?)

ASSINATURA / CARIMBO:



CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.
 CNPJ 06.981.180/0001-16
 Inscr. Estadual 632.322136.0087
 A - Sãobaccena, 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
 não autorizada pelo Regime Especial/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

RIA DA GLORIA RIBEIRO
 NISTA
 A SAO VICENTE 133 CS A
 O VICENTE
 RE RIOS DE MINAS - MG
 P: 35490-000
 IDOR N°: ABG069073183

Nº DO CLIENTE: 7004482036

Nº da Instalação 3007338417	Subclasse RESIDENCIAL	Classe Residencial Monofásico
Datas de Leitura		Modalidade Tarifária
Anterior	Atual	Próxima
08/07	10/08	10/09
Tarifa Convencional		

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

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Valor de Disponibilidade			22,32
ENCARGOS/COBRANÇAS			
criação		Valor R\$	
rança da Conta de Energia de 07 / 2021			21,60
TARIFAS APLICADAS(Sem Impostos)			
Energia Elétrica kWh	0,71297000		
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)			2,96
DEIRA VERMELHA P2			2,96

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

Consumo kWh	Media kWh/dia	Dias de Faturam.
0	0,00	29
0	0,00	26
0	0,00	28
0	0,00	31
0	0,00	32
0	0,00	28
0	0,00	31
0	0,00	29
0	0,00	32
125	4,16	30
306	7,84	39
109	3,51	31

Informações Gerais
 2021 Band. Verm. P2 - AGO/2021 Band. Verm. P2
 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
 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
 a realizada conf. calendário de faturamento.

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA E SEGURA.
 ACESSA AGORA www.cemig.com.br

CÓDIGO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
000073384174	****	*****

REFERENTE A: AGO/2021 N° DA INSTALAÇÃO: 3007338417

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO É VALIDO 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: JOSÉ MARTINS SOARES
 GENI BATISTA SOARES

NATURALIDADE: ENTRE RIOS DE MINAS - MG DATA DE NASCIMENTO: 11/07/1946
 CAS. LV-19B FL-207

DOC. ORIGINAL: ENTRE RIOS DE MINAS - MG
 637839598-53

CPF: [assinatura]

PIC-2205 LETICIA ALESSI MACHADO ROGÉDO ASSINATURA DO DIRETOR 11 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

[Barcode]

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



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. Prof. 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: {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 ULTRASSONOGRAFIA COM BIÓPSIA DA PRÓSTATA

3,00

500,00

Recebemos
 22/09/21
 Aline Oliveira
 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

E002794-000

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: Bradesco Conta: 1091.4 Cheque: 850737



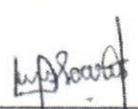
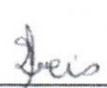
49/20

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input type="checkbox"/> Recurso Próprio			Ficha		
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?			Fonte	1.02	
Secretaria Requisitante:		Secretaria Municipal de Saúde			
Sector:		Saúde			
Tipo de Material/Serviço:		Exame de ultrassom transretal			
Destino do Material/Serviço:		Paciente João Vicente dos Santos			
Item	Quant.	Unid.	Especificação dos Materiais ou Serviços	Preço Unitário	Preço Total
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	<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> Indeferido
 Assinatura do Prefeito	
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: _____/_____/____.
	Responsável pelo Protocolo

ORÇAMENTOS

50
/

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 Vitor dos Santos

Ultrassom Transabdominal

Com Brochura ↓
presente nos
anexos

DSO: 6.86

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS - CEM
S.M.S. - CONGONHAS - MG

24/6/21

Dr. Arnaldo Jonas P. Seletro
CRM: 18240
CONTROLE: 6062059

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 PROSTATAS 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

AUTORIZO PAGAMENTO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Determino pagamento da presente despesa.

13 / 07 / 21

13 / 07 / 21

Visto: Socorcia

Visto: AG

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

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR
PREFEITO MUNICIPAL
CPF:087.179.076-91

RECIPO 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 Jefferson Ribeiro Viana
WILLIAN JEFERSON RIBEIRO VIANA

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco: Brail

Conta: 80028 1094.9 Cheque: 850723



Prefeitura Municipal de
Entre Rios de Minas



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

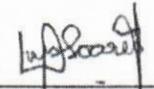
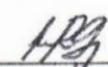
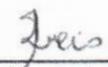
54
08

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input type="checkbox"/> Recurso Próprio				Ficha	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?				Fonte	1.02,
Secretaria Requisitante:		Secretaria Municipal de Saúde			
Sector:		Saúde			
Tipo de Material/Serviço:		Exame de colonoscopia			
Destino do Material/Serviço:		Paciente Willian Jeferson Ribeiro Viana			
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, 06/07/2021.	Requisição elaborada por:

Franklin William Ribeiro B. Soares Secretário Municipal de Saúde 	(<input checked="" type="checkbox"/>) Deferido - (<input type="checkbox"/>) Indeferido
	 Assinatura do(a) Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: 1293 / 13 07 2021.  Responsável pelo Protocolo

55
①

01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE		
ORIGEM	CÓDIGO / SIA	MUNICÍPIO
Nº PRONT.	CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO)	

02 - DADOS DO PACIENTE			
NOME <i>William Jefferson Ribeiro Thana</i>	DATA NASCIMENTO <i>26/02/1994</i>	SEXO <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
<p>JUSTIFICATIVA CLÍNICA</p> <p><i>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.</i></p>
 Francisco William Ribeiro S. Soares Secretário Municipal de Saúde

DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Hemorragia gastrointestinal, sem outras especific.</i>	CID <i>K92.1-31</i>
CLÍNICA SOLICITANTE <i>Clinica Médica</i>	CÓDIGO
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Colonoscopia</i>	CÓDIGO
MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO) <i>01/07/2021</i> Mariana Maciel Resende Médica CRM-MG 85128 CONTROLE 2464799	CRM <i>85128</i>
	CPF MÉDICO <i>116980216-82</i>

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	



56
④

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 2464799

CARIMBO E ASSINATURA DO PRESCRITOR

Data 07/07/21

57
88

Paciente: _____

Exame de Palanoscopia Dr Raphael
Valor 800,00.

[Handwritten Signature]

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

www.hospitalcassianocampolina.com.br



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



PREFEITURA MUNICIPAL
ENTRE RIOS DE MINAS

LAUDO MÉDICO
DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO

1

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 <i>William Jefferson Ribeiro Lima</i>	DATA NASCIMENTO <i>26/12/1999</i>	SEXO <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. Porém 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 etia específica.

CID. *K92.3*

CLÍNICA SOLICITANTE

Clínica Médica

CÓDIGO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Colonoscopia

CÓDIGO

MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)

Mariana Maciel Resende
Médica
CRM^{MG} 85128
CONTROLE 2464799

CRM

CPF MÉDICO

01/09/2021

85128116980316-83

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	
<i>1/1</i>			

59
②

Sistema Único de Saúde

WILLIAN 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 Distrito Saúde.
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.



REPUBLICA FED. DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

FELICIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



William Jefferson Ribeiro Viana

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG: 145-20.000.075 DATA DE EXPEDICAO: 18/10/1977

WILLIAM JEFFERSON RIBEIRO VIANA

SEBASTIAO VIANA 593

RENATA DE OLIVEIRA RIBEIRO VIANA

NATURALIDADE: ENTRE RIOS DE MINAS G. DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1994

DOC. ORDEM: NASC. IV-43 EL-VI

ENTRE RIOS DE MINAS G.

CPF: 184480448-28

LETICIA ALESSI MAGHADO ROGEDO

ASSINAÇÃO DO DETRATOR

PII 1406

ELAB. 16/01/20/99



CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.
CNPJ 08.981.180/0001-16
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: 01 NF: 306591278

Controle:
02.144/R4SODBB939/0086

Emissão: 16/06/2021 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

DINEIA 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 3000395085	Subclasse RESIDENCIAL	Regime de Pagamento Monofásico
Datas de Leitura		Modalidade Tarifária
Anterior 17/05	Atual 16/06	Próxima 15/07
		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

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

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

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

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



CÓDIGO DE DÉBITO
AUTOMÁTICO
000003950854

VENCIMENTO
08/07/2021

TOTAL A PAGAR
R\$ 316,89

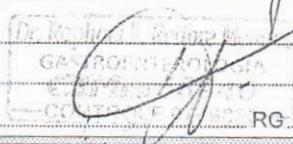
JUN/2021

3000395085

REFERENTE A: 83660000003-5 16890138000-1 Nº DA INSTALAÇÃO: 83807936611-1 00003950854-4



6/10

RECIBO Nº _____		VALOR 800,00
Recebi (emos) de <u>Wiliam Jefferson Ribeiro Giana</u>		
a quantia de <u>Quarenta reais</u>		
Referente a <u>Admoraquia realizada em sua</u> <u>pesoa</u>		
e para clareza firmo (amos) o presente.		
<u>Entre Rioz 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

LIQUIDACAO

AUTORIZO PAGAMENTO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Determino pagamento da presente despesa.

16 / 06 / 21

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

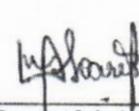
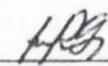
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input type="checkbox"/> Recurso Próprio	Ficha	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?	Fonte	102
Secretaria Requisitante:	Secretaria Municipal de Saúde	
Setor:	Saúde	
Tipo de Material/Serviço:	Exame de colonoscopia	
Destino do Material/Serviço:	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	<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> Indeferido
 Assinatura do Prefeito	Protocolo N°: <u>1167</u> , 16/06/2021
 Assinatura do Controle Interno	 Responsável pelo Protocolo



Endoscopy Center

Endoscopia Digestiva Diagnóstica e Terapêutica

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

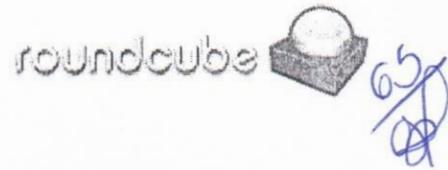
Tel: (31) 3721-3670/ (31) 3721-3467/

☎ (31)98464-8320 endoscopysec@gmail.com

Orçamento de colonoscopia com desconto de Secretaria de Saúde:

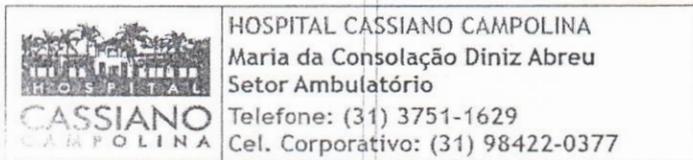
- O exame é R\$600,00 com desconto da Secretaria de Saúde (este valor não emitimos nota fiscal);
- Caso tenha algum pólipó dependendo do tamanho é a partir de R\$250,00 reais;
- Se tiver biópsia e o paciente quiser que a clínica encaminhe o material para o paciente tem um custo de R\$60,00 cada frasco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

Assunto **Orçamento**
De Consultório Médico <consultoriomedicohcc@yahoo.com.br>
Para tfdsaude@entreriosdeminas.mg.gov.br
<tfsaude@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,



 PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS		LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO		Nº DO LAUDO _____	
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
MARIA DAS GRACAS BATISTA IUAÇO			/ /		<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				

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
JUSTIFICATIVA CLÍNICA					
PACIENTE APRESENTANDO HEMATOQUEZIA.					

DIAGNÓSTICO INICIAL					CID	
HEMATOQUEZIA A ESCLARECER.						
CLÍNICA SOLICITANTE						
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.		

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

99

RECIBO

Nº

VALOR

R\$ 600,00 *

Recebi (emos) de

Prefeitura de Entre Rios de Minas

a quantia de

seiscentos reais

Referente a

II
ao exame de colonoscopia

e para clareza firmo (anos) o presente.

Conselheiro Sabiote

08

de

julho

de

2021

Assinatura



Nome

CPF / RG



67
9

NOTA DE EMPENHO

EO02328-000

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

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: 890103



69

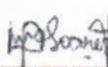
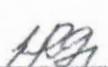
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio		Ficha	
<input type="checkbox"/> Recurso Especifico / Convênio Qual?		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	Secretaria Municipal de Saúde		
Setor:	Saúde		
Tipo de Material/Serviço:	consulta		
Destino do Material/Serviço:	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:	

<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>1135</u> / <u>11 de 06/2021</u>  Responsável pelo Protocolo

70
R

HOSPITAL IBIAPABA CEBAMS 	 MSC
	
CENTRO BARBACENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL - UNIDADE HOSPITALAR IBIAPABA Rua Silva Jardim, 580 A - B. Boa Morte - 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



Handwritten signature in blue ink.

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

*12/08*PARA USO DA
INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

EMIÇÃO: 09 de junho de 2021

FATURA		DUPLICATA		VENCIMENTO
VALOR R\$	NÚMERO	VALOR R\$	NÚMERO	
60,00	190252			

DESCONTO DE..... ATÉ:
CONDIÇÕES ESPECIAIS:

SACADO: Clemilda Cardoso da Silva
 ENDEREÇO: Travessa Desterro no417 - Senhor Dos Passos
 MUNICÍPIO: Entre Rios de Minas/MG - CEP: 35490-000 - **ESTADO: MINAS GERAIS**
 PÇA. PAGTO:
 CNPJ/CPF: 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 ACEITEEmitido:vania.rocha - 1027
ASSINATURA DO SACADO**FATURA DE SERVIÇOS**

DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR R\$
SERVICOS HOSPITALARES		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 SI

RECEBEMOS
 BELO HORIZONTE, 09/06/2021
Vania Rocha
 IPMMI - HOSPITAL MADRE TERESA

OBSERVAÇÕES:



CENTRO ESPECIALIZADO EM
CIRÚRGIA CARDIOVASCULAR

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 Cardoso da Silva 075387346-00

a importância de 740,00 (setecentos e quarenta reais)

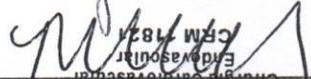
Referente aos honorários de consulta médica.

Data 09 junho de 2011

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

CPF 256 637 046 04

CRM - 11.821


CRM 11.821
Especialista em
Cirúrgia Cardiovascular
Dr. Rodrigo de Castro Bernardes

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PII - 1406/1

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR
Clemilda Cardoso da Silva

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

INTELCARD 00010403

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

MAI/2003

BANCO DO BRASIL

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

075.387.346-00

CLEMILDA CARDOSO DA SILVA

29/12/1970

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 perda, comunicar ao Disque-Saúde.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Cartão do Usuário

SUS Sistema Único de Saúde

Cartão Nacional de Saúde

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

LIQUIDACAO

AUTORIZO PAGAMENTO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Determino pagamento da presente despesa.

07/06/21

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

RECIPO 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.

08/06/2021

Jesus Rogério dos Santos
JESUS ROGERIO DOS SANTOS

Documento: Banco: Brasil Recebedor: 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

76
10

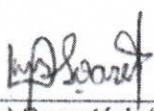
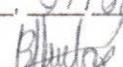
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio	Ficha	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?	Fonte	102
Secretaria Requisitante:	Secretaria Municipal de Saúde	
Sector:	Saúde	
Tipo de Material/Serviço:	Exame de cateterismo	
Destino do Material/Serviço:	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	<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> 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

73
①

01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE

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

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME <i>José Roberto dos Santos</i>	DATA NASCIMENTO <i>04/02/1966</i>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
NOME DA MÃE DO PACIENTE <i>Maria da Conceição dos Santos</i>	TELEFONE <i>99672.4530</i>	
RUA / LOGRADOURO <i>Rua João Cardoso da Cruz</i>	Nº <i>58</i>	COMPLEMENTO <i>Casa</i>
BAIRRO <i>Sapucaia</i>	MUNICÍPIO <i>Entre Rios de Minas</i>	
CEP <i>35.490.000</i>	U.F. <i>MG</i>	Nº CONSULTA <i>MG. 3.627.559</i>

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 <i>DAC</i>	CID <i>I20</i>
CLÍNICA SOLICITANTE <i>Cardiologia</i>	CÓDIGO
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Cateterismo Cardíaco</i>	CÓDIGO
MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO) <i>25/05/2007</i>	CRM <i>411183-0B-5845010-910</i>
<i>Dr. Humberto Fernandes Santos</i> CARDIOLOGIA CRM 41183 - RQE 42017 CONTROLE 01/17	CPF MÉDICO

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

Handwritten initials in blue ink.

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
CARDIOLOGIA
CRMMG 41183 - RQE 42017
CONTROLE 9121790

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

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

NATURALIDADE: ENTRE RIOS DE MINAS-MG 4/2/1966

DOC. ORIGEM: CAS. LV-19B FL-441

ENTRE RIOS DE MINAS-MG
CPF: 904349866-15

LETÍCIA ALESSI MACHADO ROGÉDO
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N°7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA POR 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.
CNPJ 06.961.180/0001-16
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 N° 45000009/02-37 - SE/10/03 - Lei N° 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 N°: AMPT95133289 Informada / Descoberta: 08/02 10/03

Tipo de Medição

Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo kWh
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
/

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	Peso: 79 kg	Estatura: 163 cm
Prontuário:	Indivíduo: Sedentário	FC máx: 165 bpm
Sexo: Masculino		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

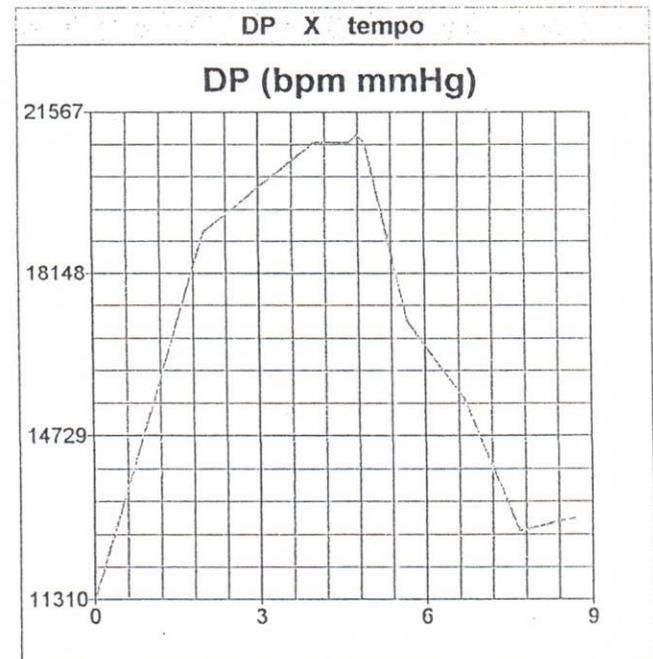
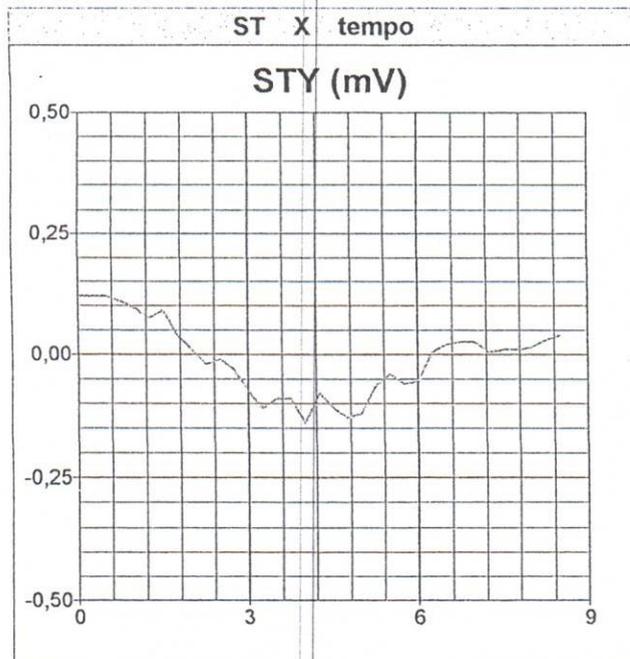
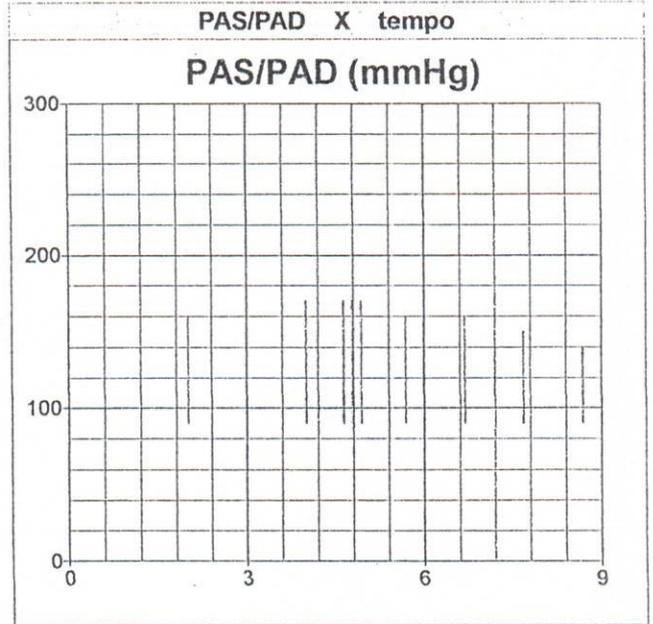
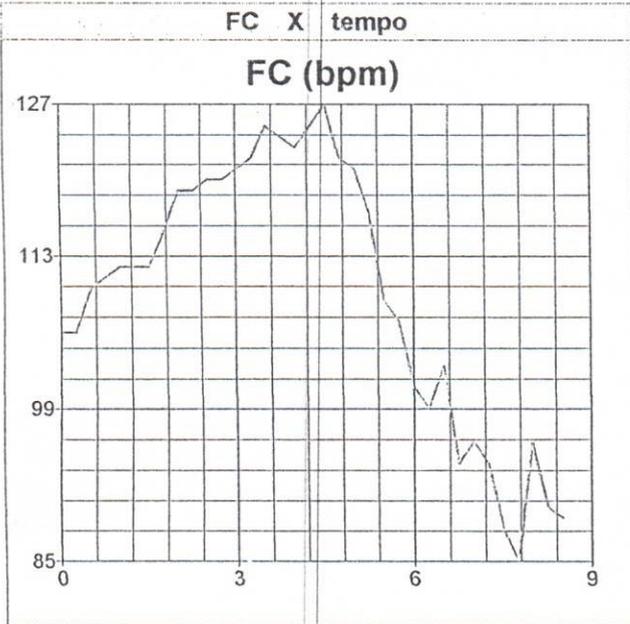
Exame: 57
RG:

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

84/10/21

Teste Ergométrico

Exame: 57
RG:

Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS
CPF:

Nasc.: 04/02/1966

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

Laudo

Critérios 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
RG:

Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS
CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Pront.: 24/05/2021 15:06:59

Pré-Esf. 00:00

Em Pé

25 mm/s

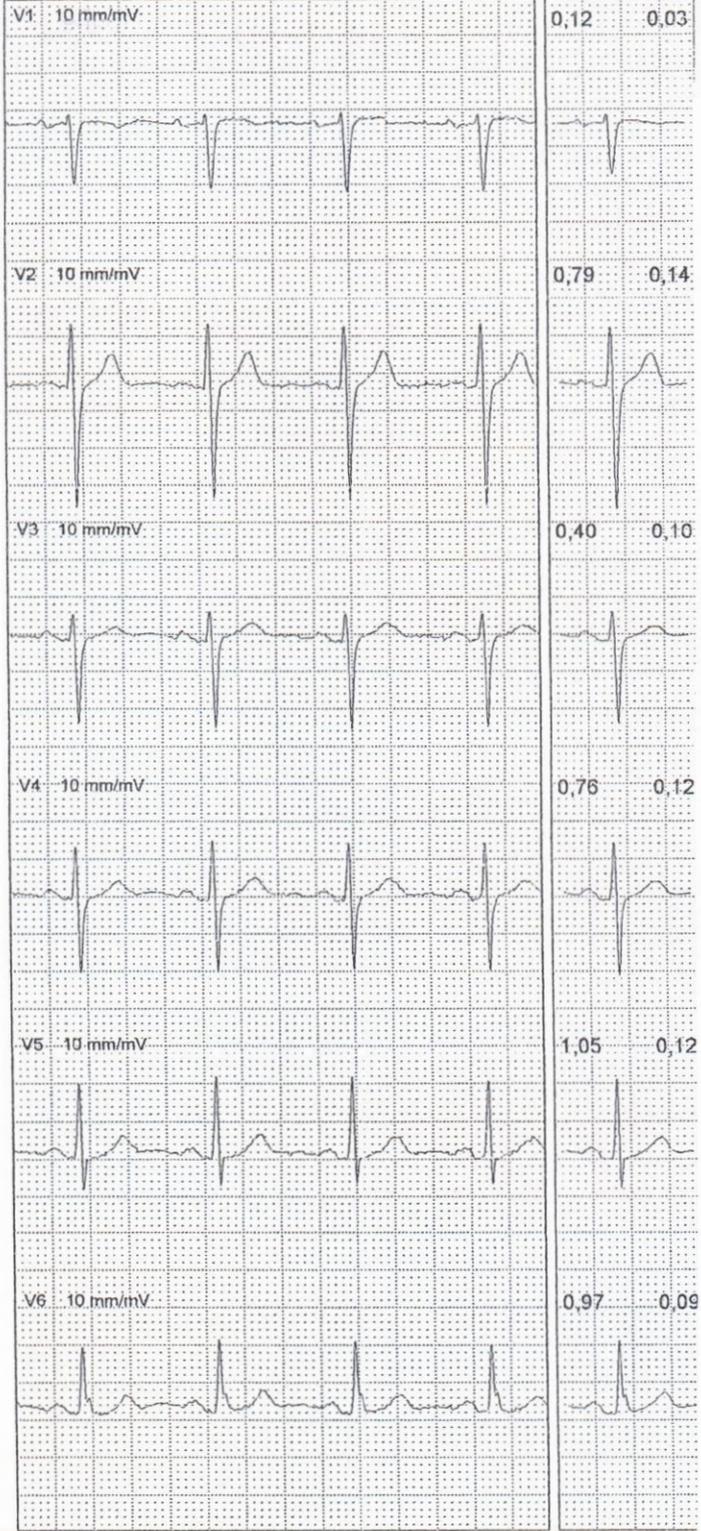
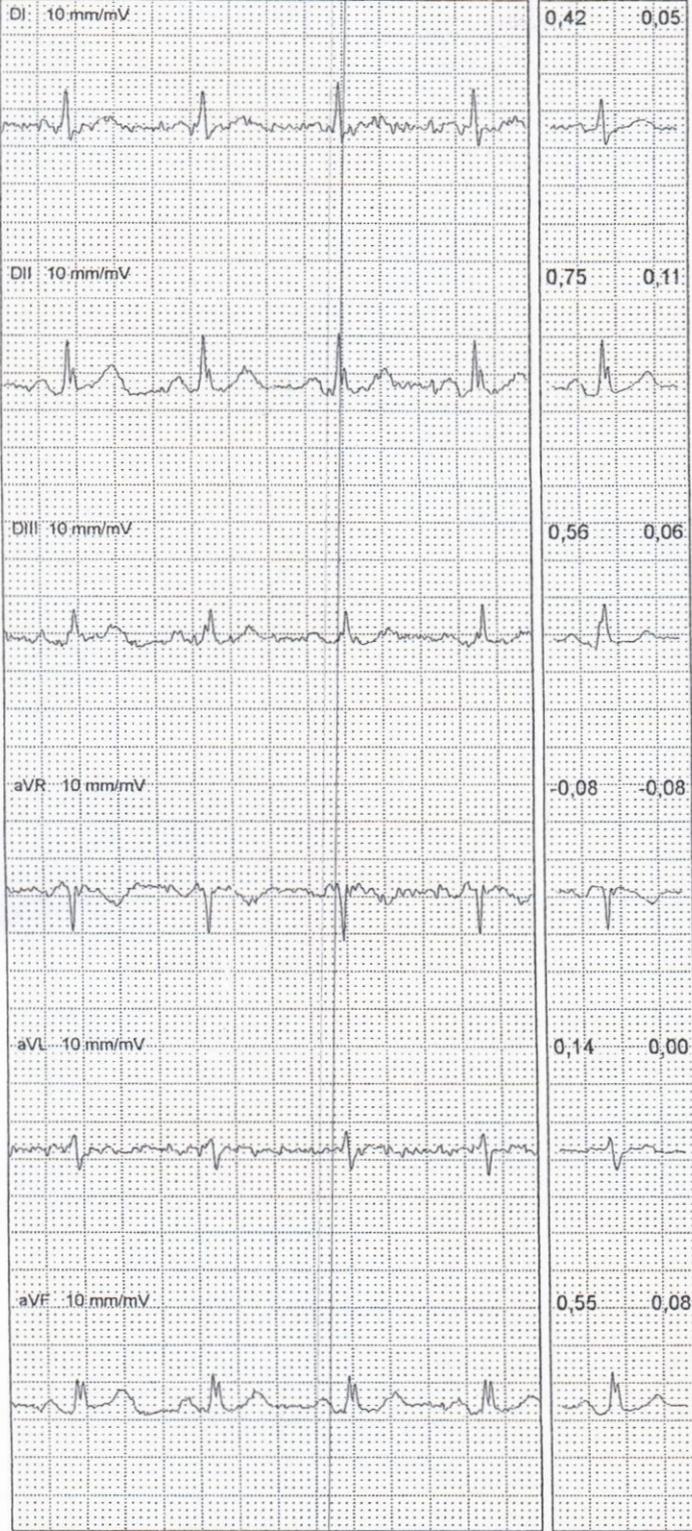
Base Rede 32Hz

Unidades:
mv mm/mV

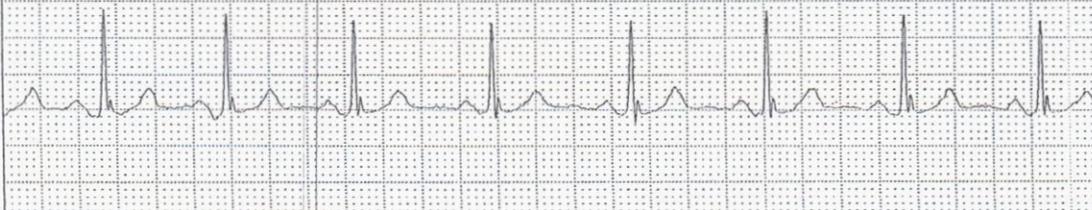
130/90 mmHg

87 bpm

86



CM5 10 mm/mV



AmpR
1,38

STY
0,12

Exame: 57
RG:

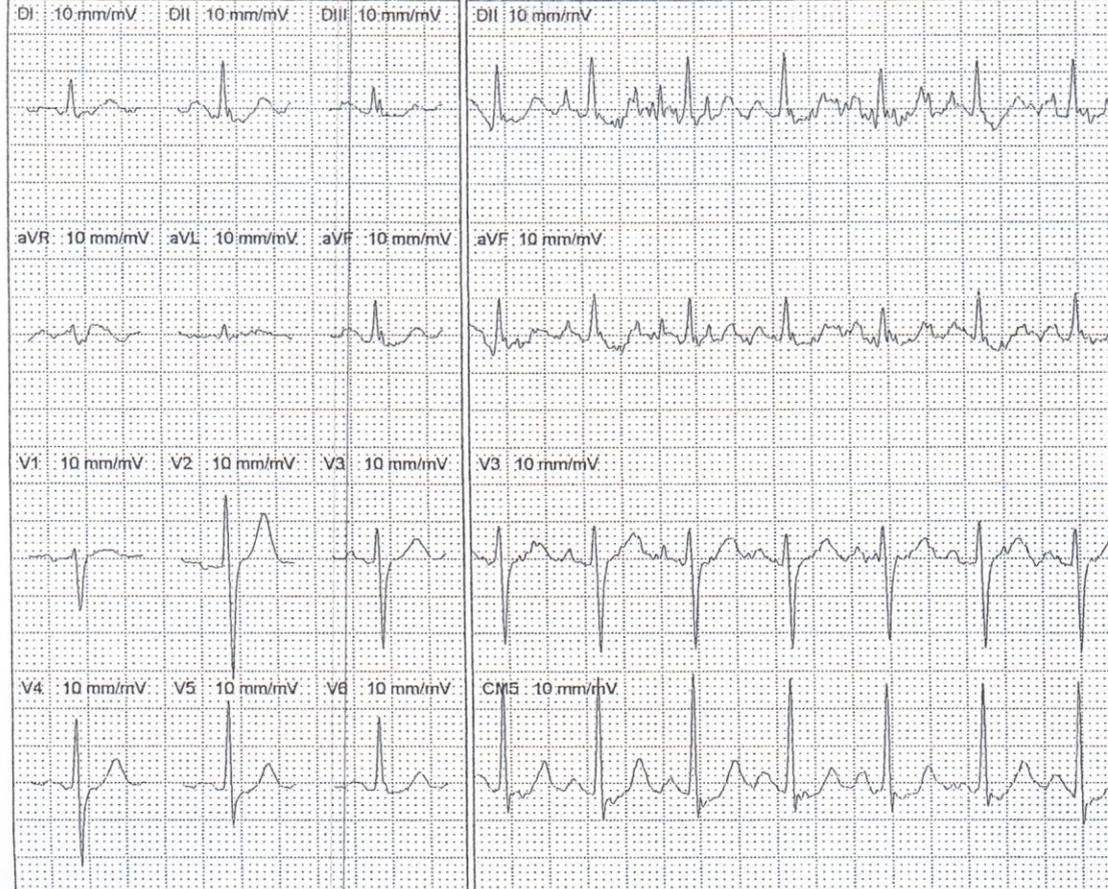
Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS
CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Pront.: 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

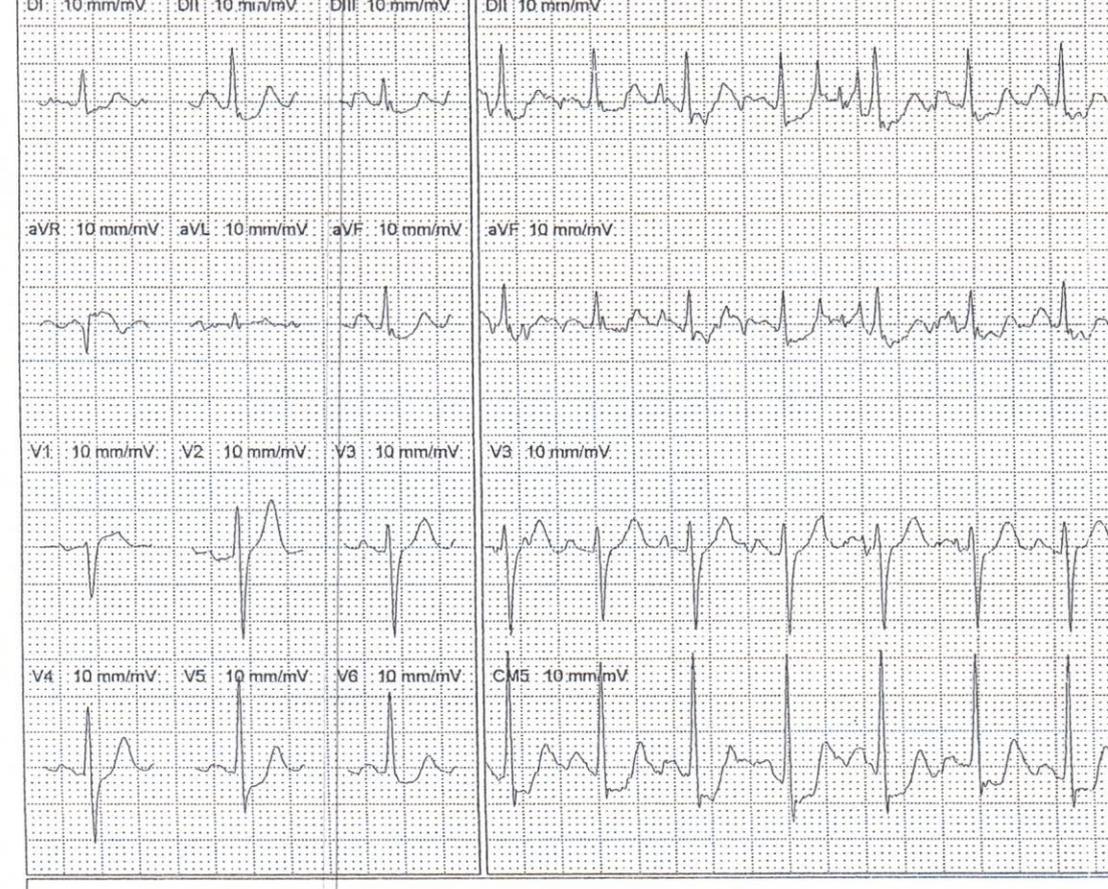
160/90 mmHg 119 bpm



	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



	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
RG:

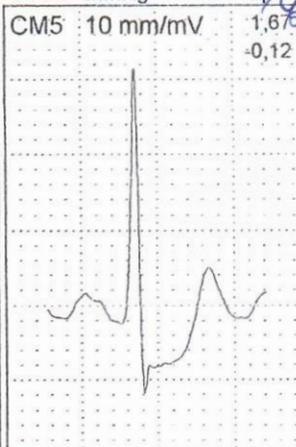
Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS
CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Pront.: 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

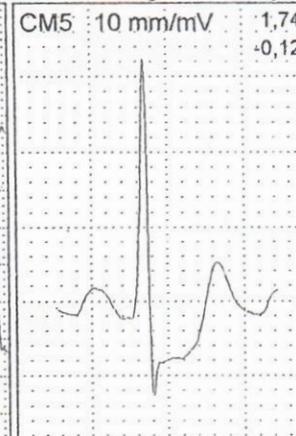


	DI	DII	DIII
AmpR	0,52	0,82	0,38
STY	0,04	-0,01	-0,06
	aVR	aVL	aVF
AmpR	0,00	0,22	0,59
STY	0,14	0,05	-0,03
	V1	V2	V3
AmpR	0,08	0,73	0,34
STY	0,19	0,35	0,19
	V4	V5	V6
AmpR	0,92	1,32	1,07
STY	0,13	-0,03	-0,09

RELATOU PRECORDIALGIA

Rec. 00:06 Recuperação 25 mm/s Base Rede 32Hz Unidades: mv mm/mV

170/90 mmHg 124 bpm



	DI	DII	DIII
AmpR	0,46	0,83	0,47
STY	0,05	-0,03	-0,05
	aVR	aVL	aVF
AmpR	0,00	0,19	0,63
STY	0,11	0,05	-0,05
	V1	V2	V3
AmpR	0,09	0,70	0,34
STY	0,17	0,38	0,19
	V4	V5	V6
AmpR	0,98	1,38	1,13
STY	0,13	-0,03	-0,09

Exame: 57
RG:

Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS
CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Data: 24/05/2021 15:12:21

Rec. 00:15

Recuperação

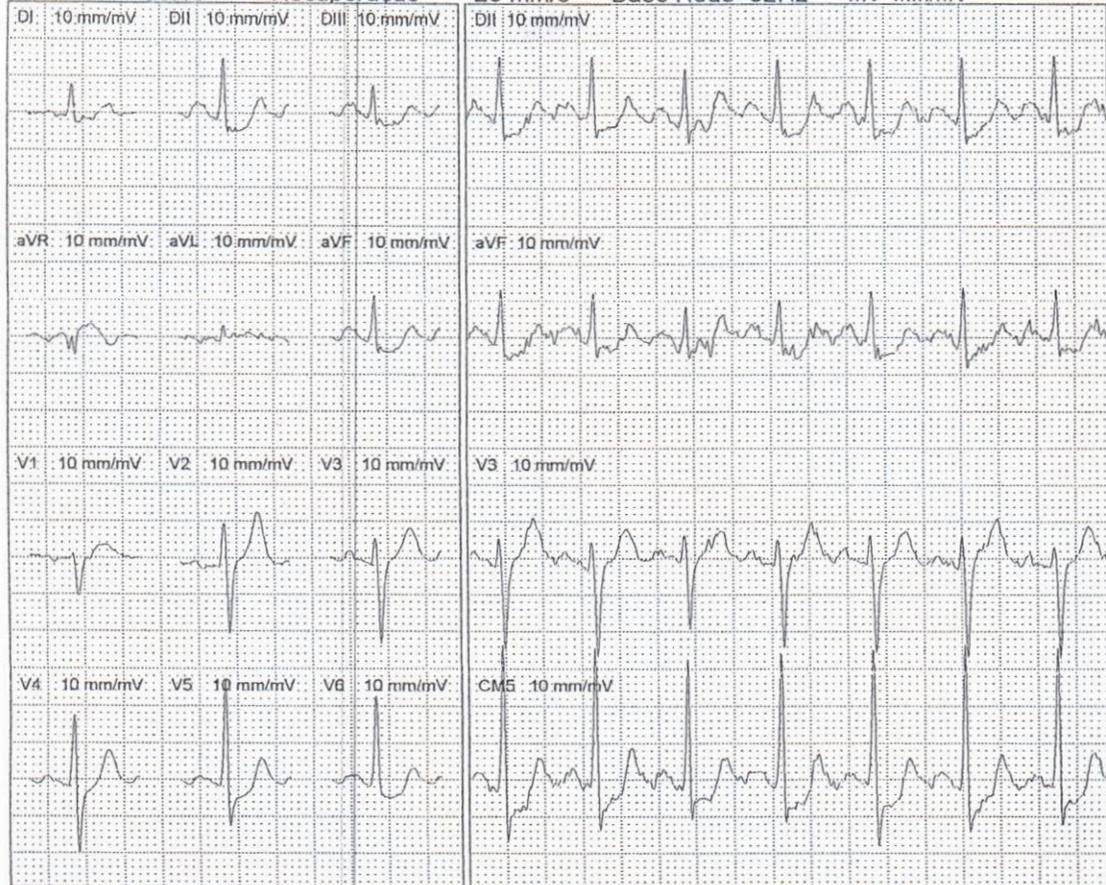
25 mm/s

Base Rede 32Hz

Unidades:
mv mm/mV

170/90 mmHg

123 bpm



CM5	10 mm/mV	1,76	-0,12
AmpR	DI	DII	DIII
STY	0,44	0,81	0,41
	0,04	-0,06	-0,09
AmpR	aVR	aVL	aVF
STY	-0,05	0,17	0,61
	0,03	0,06	-0,08
AmpR	V1	V2	V3
STY	0,06	0,60	0,32
	0,18	0,39	0,21
AmpR	V4	V5	V6
STY	0,96	1,44	1,21
	0,17	-0,03	-0,09

Rec. 01:00

Recuperação

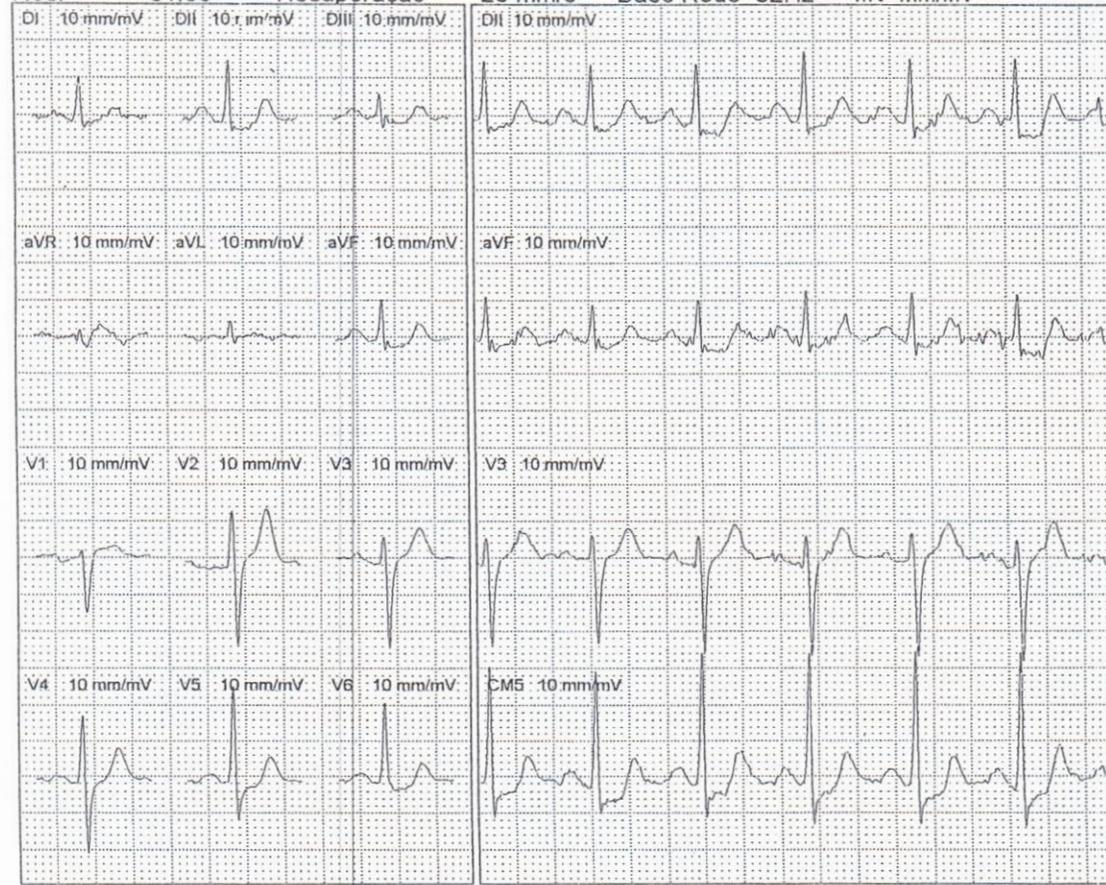
25 mm/s

Base Rede 32Hz

Unidades:
mv mm/mV

160/90 mmHg

107 bpm



CM5	10 mm/mV	1,73	-0,06
AmpR	DI	DII	DIII
STY	0,55	0,82	0,34
	0,05	-0,02	-0,05
AmpR	aVR	aVL	aVF
STY	0,11	0,24	0,57
	0,13	0,04	-0,03
AmpR	V1	V2	V3
STY	0,12	0,79	0,38
	0,15	0,41	0,22
AmpR	V4	V5	V6
STY	0,96	1,37	1,12
	0,16	0,02	-0,04

Exame: 57
RG:

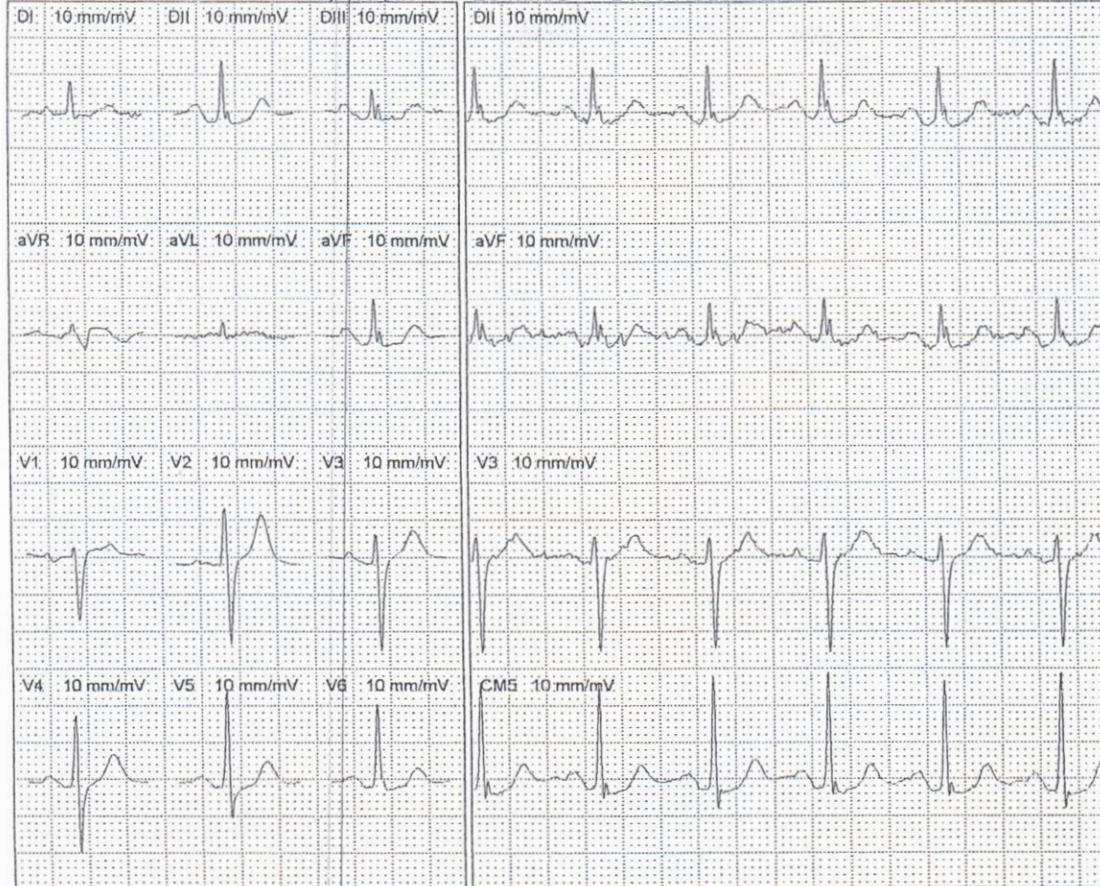
Nome: JESUS ROGERIO DOS SANTOS
CPF:

Nasc.: 04/02/1966

Pront.: 24/05/2021 15:14:06

Rec. 02:00 Recuperação 25 mm/s Base Rede 32Hz Unidades: mv mm/mV

160/90 mmHg 97 bpm

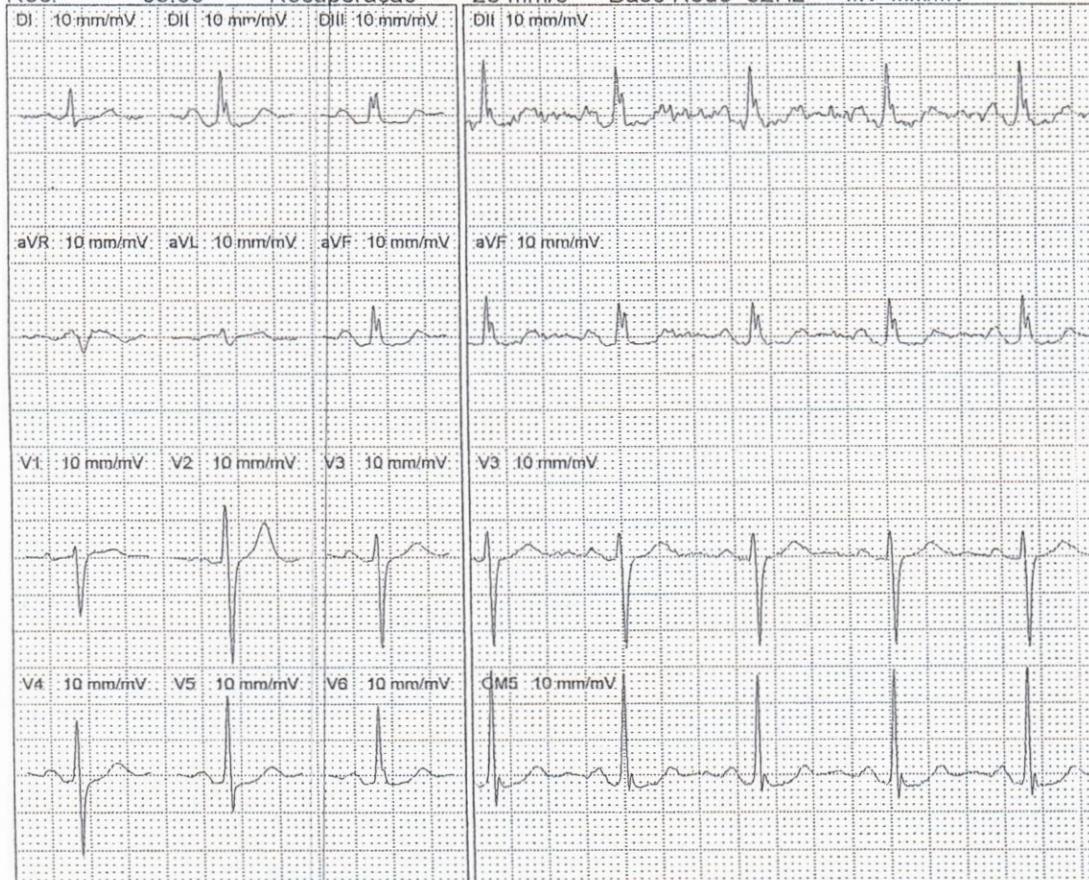


	DI	DII	DIII
AmpR	0,47	0,84	0,41
STY	0,05	0,04	0,01
aVR aVL aVF			
AmpR	0,20	0,17	0,63
STY	0,14	0,02	0,03
V1 V2 V3			
AmpR	0,13	0,77	0,40
STY	0,09	0,25	0,18
V4 V5 V6			
AmpR	0,99	1,33	1,15
STY	0,16	0,06	0,02

A PRECORDIALGIA CESSOU

Rec. 03:00 Recuperação 25 mm/s Base Rede 32Hz Unidades: mv mm/mV

150/90 mmHg 85 bpm



	DI	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

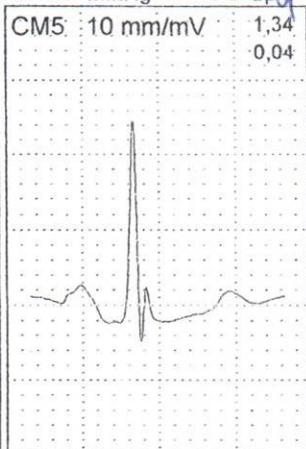
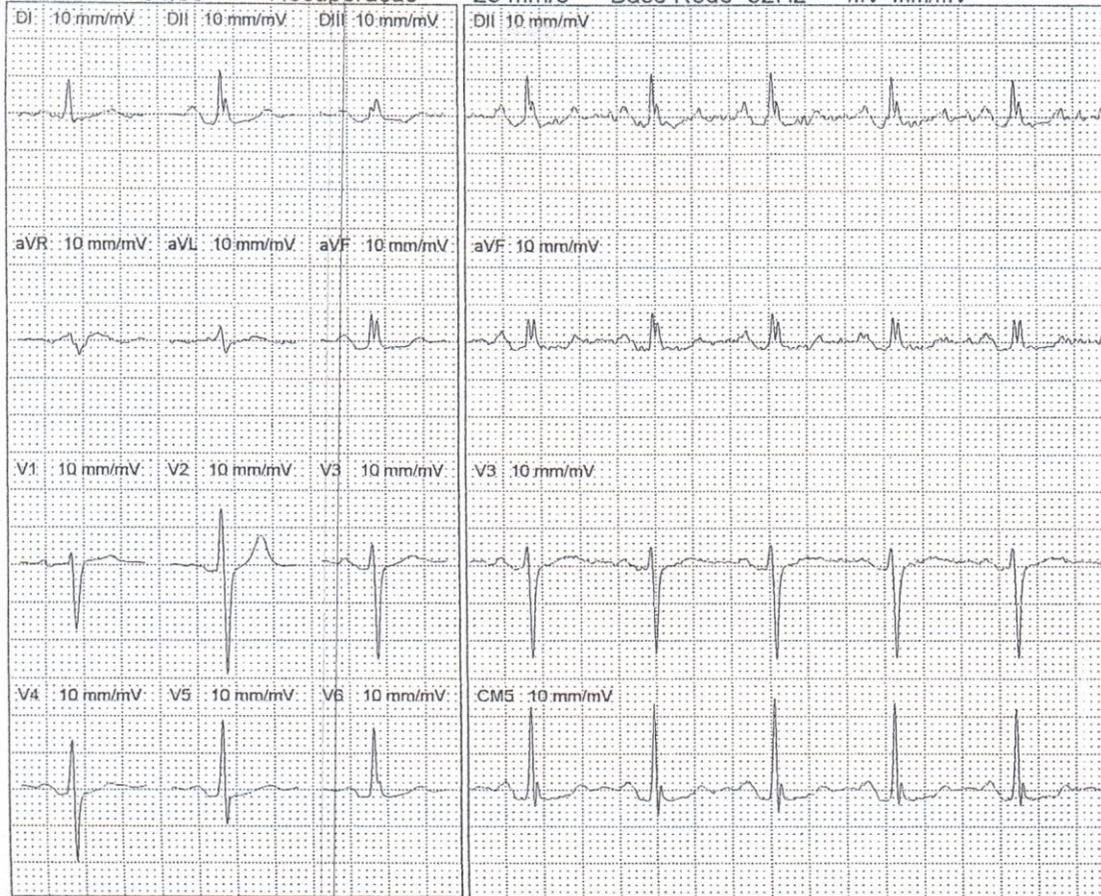
Recuperação

25 mm/s

Base Rede 32Hz

Unidades:
mv mm/mV

140/90 mmHg 93 bpm



	DI	DII	DIII
AmpR	0,50	0,71	0,19
STY	0,00	0,04	0,02

	aVR	aVL	aVF
AmpR	0,09	0,16	0,47
STY	0,09	-0,01	0,03

	V1	V2	V3
AmpR	0,16	0,83	0,34
STY	0,07	0,14	0,10

	V4	V5	V6
AmpR	0,74	1,02	0,94
STY	0,07	0,05	0,03

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
28/05/2021 08:10:36	05/2021	Barbacena - MG
Reg. Especial Tributação	Exigibilidade do ISS	
Nenhum	Imunidade	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

CENTRO BCEN ASSIST MED SOCIAL

Nome Fantasia

CENTRO BCEN ASSIST MED SOCIAL

Email

CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	Simple Nacional	Incentivador Cultural	Fone/Fax
19.557.487/0001-36	1938		Não	Não	

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
20.356.747/0001-94			(31) 3751-1232	tesouraria@ibiapaba.com.br

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\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALORES

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

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 PESSSOAS 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

AUTORIZO PAGAMENTO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Determino pagamento da presente despesa.

24 / 05 / 21

24 / 05 / 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

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 SAIS E QUARENTA CENTAVOS), referente a despesa acima mencionada.

08 / 06 / 2021

JOSE MATEUS

Documento: Banco: Brasil Recebedor: Conta: 1094-4 Cheque: 850685 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

94
10

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio	Ficha	
<input type="checkbox"/> Recurso Especifico / Convênio Qual?	Fonte	102
Secretaria Requisitante:	Secretaria Municipal de Saúde	
Setor:	Saúde	
Tipo de Material/Serviço:	Medicação	
Destino do Material/Serviço:	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:	

	<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°: _____ / ____ / ____ Responsável pelo Protocolo



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	Vendedor: STEFFANE PEREIRA	Vencimento	Valor	Vencimento	Valor
CNPJ / CPF: 20.356.580/0001-61	Inscrição: ISENT0	Tipo: VENDA				
Endereço: PRAÇA CASSIANO CAMPOLINA 821	Bairro: CENTRO	Forma Cob.: BOLETO BRADESCO				
Cidade: ENTRE RIOS DE MINAS	UF:MG CEP: 35490-000	Cond. Pagto.: 30 DIAS				
Fone: (31) 3751-1250	Fax: ()					
Transp. : ALTEX ALTERNATIVA EXPRESS TRANSPORTES LT	Cel: ()					
Entrega: NULL NULL, 821 - NULL - Cep: 35490000 - ENTRE RIOS DE MINAS - MG						

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 nº 06.907.189/0001-98
 Insc. Estadual 052.262125-00/07
 Av. Senador Celso Ramos, 1109 - 14ª Andar - Belo Horizonte - MG
 CEP: 31290-900 - Fone: (51) 3222-1000

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 Nacional de Energia Elétrica - TSEE criado pela Resolução autorizada pelo Regime Especial PTA N. 45.006/09762.57 - SEF/MG Lei n. 10.436 de abril de 2002

NOME: MATEUS

ENDEREÇO: JOSE ADELINO FONSECA 42 CS

CIDADE: SERRA DO CAMAPUA

ESTADO: MINEIROS DE MINAS - MG

CEP: 35490-000

IDENTIFICADOR Nº: AMI131321200

Nº DO CLIENTE: 7003397153

UF da Instalação	Subclasses	Classes
3003882628	RESIDENCIAL	Residencial Monofásico
Grupos de Leituras		Modalidade Tarifária
Plano	Atual	Plano
11/03	13/04	11/05
Tarifa Convencional		

Tipo de Medição	Letura Anterior	Letura 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\$
Desconto de 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
TARIFA ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)	
BANDEIRA AMARELA	0,70

CPF: 321.575.417-72

Pág 1 de 1

RESERVA DO FISCAL: 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\$)	Valor R\$	Valor R\$
33,80	30,00	R\$ 10,14
23,66	0,71	R\$ 0,16
23,66	3,28	R\$ 0,77

Período	Consumo kWh	Media kWh/dia	Dias de Faturam.	Valor R\$
03/2021	15	0,50	30	
02/21	4	0,14	28	
01/21	18	0,54	33	
12/20	10	0,34	29	
11/20	13	0,39	33	
10/20	12	0,41	29	
09/20	114	3,80	30	
08/20	151	4,57	33	
07/20	99	3,41	29	
06/20	90	3,10	29	
05/20	107	3,68	29	
04/20	152	5,42	28	

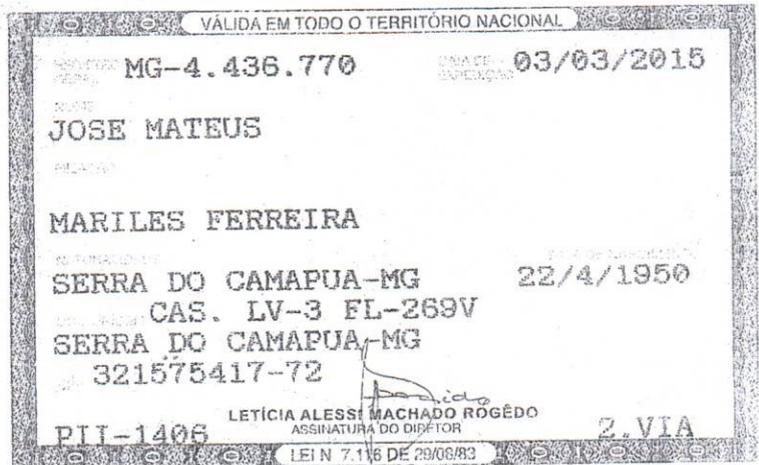
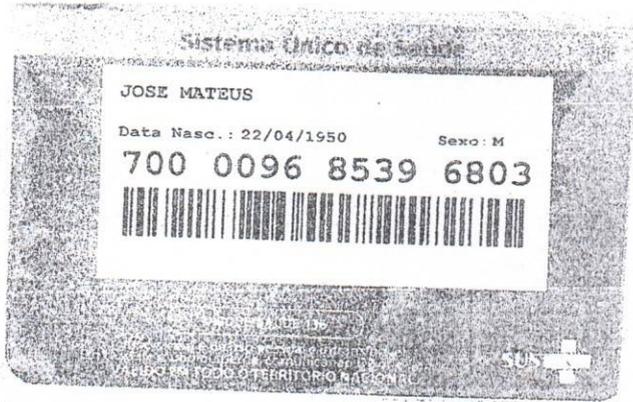
Resumo de contas vencidas / contas anteriores vencidas:
 Até 13/04/2021 constava o seguinte débito:
 Mês/Ano Valor(R\$) Débitos que sujeitam ao corte:
 03/2021 49,30 27/04/2021

A religação estará condicionada à inexistência de débitos vencidos na unidade consumidora

Resumo de contas vencidas / contas anteriores vencidas:
 Até 13/04/2021 constava o seguinte débito:
 Mês/Ano Valor(R\$) Débitos que sujeitam ao corte:
 03/2021 49,30 27/04/2021

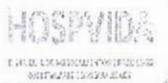
Resumo de contas vencidas / contas anteriores vencidas:
 Até 13/04/2021 constava o seguinte débito:
 Mês/Ano Valor(R\$) Débitos que sujeitam ao corte:
 03/2021 49,30 27/04/2021

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA E SEGURA.
 Acesse AGORA www.cemig.com.br



9.97015977

HOSPVIDA LTDA - EPP



RUA JOÃO PEDRO INÁCIO, 25
 Bairro: BOM PASTOR
 NOVA UNIAO - MG - 34990-000
 Fone: (31)3685-1544 Fax: (31)3685-1544
 comercial@hospvidamg.com.br

Alv. Sanit.: 02/2020 Aut. Esp.: 1.15159.9
 Aut. Func.: 1.15158.5 Lic. Func.: 30/2020

DANFE
 DOCUMENTO
 AUXILIAR DA NOTA
 FISCAL ELETRÔNICA



0-ENTRADA
 1-SAIDA
 N° 000.008.539
 SÉRIE:1
 FOLHA:1 / 1

CHAVE DE ACESSO
 3121 0512 0575 0300 0132 5500 1000 0025 3915 5096 1162
 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
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO
131214167497481 - 20/05/2021 17:57:18

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	VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.214,40	

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

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS														
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/ST	CST.	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	AUTO ICMS IPI
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, 55490000, 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 PROSTATATA, 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

L I Q U I D A C A O

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Data: 23/08/2021

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: 23/08/2021

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 n icipal a importancia de R\$ 550,00 (QUINHENTOS E CINQUENTA REAIS), referente a despesa acima mencionada.

33 08
23 / 08 / 2021

Waldir Batista Soares
WALDIR BATISTA SOARES

Documento: _____ Recebedor: _____ Lancament
Banco: Brasul Conta: 250750 Cheque: 1094.4



Prefeitura Municipal de
Entre Rios de Minas



ADM: 2021 - 2024

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

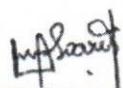
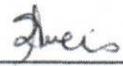
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio		Ficha	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	Secretaria Municipal de Saúde		
Setor:	Saúde		
Tipo de Material/Serviço:	Exame de ressonância da próstata		
Destino do Material/Serviço:	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	<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> Indeferido
 Assinatura do Controle Interno	 Assinatura do Prefeito
	Protocolo N°: <u>3484</u> / <u>26/08/2021</u>
	 Responsável pelo Protocolo

RECEITUÁRIO

Nome: Sr. Waldemar Botelho Soares

301
⑧

Receita

Prescrição médica
do Sr. Botelho

PSA - 7,2 ng/ml
Tópicos para tratamento

testes

prostatite

Dr. Gustavo Marelli de Carvalho
UROLOGIA
CRM MG 36175
CONTROLE 3174145

Jeceaba de 21 agosto de 2021

Médico/CRM

CTC - Minas Gerais - 3281.9853

Rm de Próstata

27/08/2021 15:20 h

550,00 c/ desconto.

4 horas de jejum

102
~~101~~

Vacunamento realizado por funcionários
do TFD da Secretaria de Saúde.

23/08/2021

Assinatura



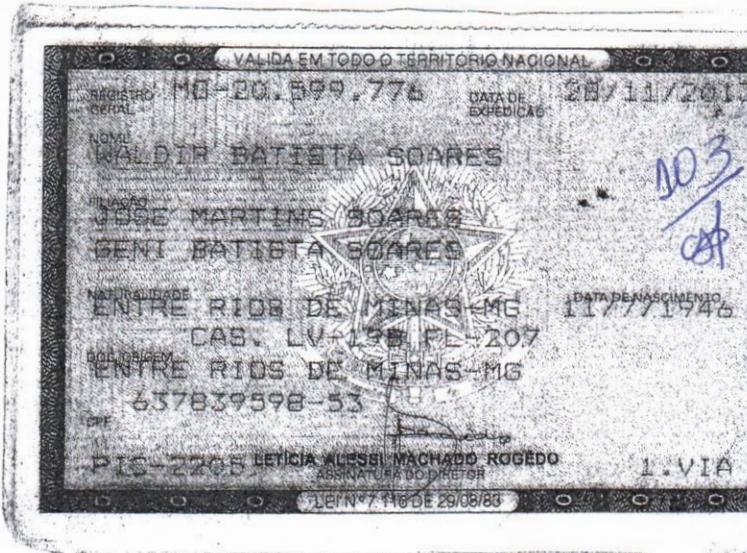
Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica
 Série: U1 NF: 319965242
 CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.
 CNPJ 06.981.180/0001-16
 Inscr. Estadual 062.322136.0087
 Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1
 Santo Agostinho - CEP 30.190-131
 Belo Horizonte - MG - Brasil
 Impressão: 10/08/2021 10:44:51 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criado pela
 Lei nº 10.438 de abril de 2002
 Resolução autorizada pelo Regime Especial/PTA Nº 45.000009762.37 - SEF/MG

ARIA DA GLORIA RIBEIRO
 ATISTA
 JA SAO VICENTE 133 CS A
 O VICENTE
 TRES RIOS DE MINAS - MG
 CEP: 35490-000
 ENDOR Nº: ABG069073183

Nº DO CLIENTE: 7004482036
 Nº da Instalação: 3007338417
 Subclasse: RESIDENCIAL
 Classe Residencial: Monofásico
 Modalidade Tarifária: Tarifa Convencional

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

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Valor de Disponibilidade			22,32
ENCARGOS/COBRANÇAS			
Descrição			Valor R\$
Cobrança da Conta de Energia de 07 / 2021			21,60
TARIFAS APLICADAS(Sem Impostos)			
Energia Elétrica kWh		0,71297000	
ADICIONAL BANDEIRAS (Já incluído no Valor a Pagar)			
BANDEIRA VERMELHA P2			2,96



CPF: 594.862.876-00

Pág 1 de 1

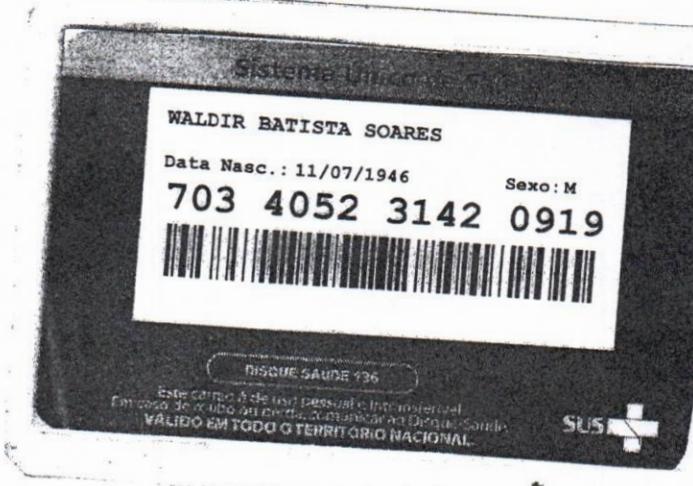
RESERVADO AO FISCO 51EB.0CBD.7124.BB5F.5505.D022.9336.2FE1

REFERENTE A	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
AGO/2021	02/09/2021	R\$ 43,92
Base de Cálculo (R\$):		
JMS	22,32	0,76
ASEP	22,32	3,50
DOFINS		
		R\$ 0,16
		R\$ 0,78

s/Ano	Histórico do Consumo Consumo kWh	Consumo Média kWh/dia	Dias de Faturam.
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

Informações Gerais
 J/2021 Band. Verm. P2 - AGO/2021 Band. Verm. P2
 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
 gentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.
 O dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade
 exercida no local.
 Para a sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando www.cemig.com.br
 a 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



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 16:49:42

Competência:
27/08/2021

Código 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:

104

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 congengeres.

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

Natureza da Operação:
Tributação no município

Valor dos serviços:	R\$ 550,00
(-) Descontos:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00
Valor Líquido:	R\$ 550,00

Valor dos serviços:	R\$ 550,00
(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00
(=) Base de Cálculo:	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
~~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

LIQUIDACAO

AUTORIZO PAGAMENTO

Confirmo receb. do Material ou Servico. 20 / 05 / 21

Determino pagamento da presente despesa. 20 / 05 / 21

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

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

RECIPO 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
POLIANA NASCIMENTO DOS SANTOS

Documento: Brasil Recebedor: 10944 Lancament
Banco: Brasil Conta: 10944 Cheque: 850681



107
10/20

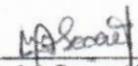
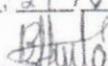
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input type="checkbox"/> Recurso Próprio		Ficha	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?		Fonte	102
Secretaria Requiritante:	Secretaria Municipal de Saúde		
Sector:	Saúde		
Tipo de Material/Serviço:	Exame de Ressonância magnética crânio encefálico		
Destino do Material/Serviço:	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
Total:				R\$:	620,00

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:	

(X) Deferido - () 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
@

Orçamento para serviços a serem realizados

Paciente:

Data: 21/05/2021

Convênio: PARTICULAR

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

Total: R\$620,00

URGENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS DE MINAS

LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO



01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE

ORIGEM ESF Dra. Valéria Baite	CÓDIGO / SIA	MUNICÍPIO Entre Rios de Minas
Nº PRONT.	CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO)	

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME Poliana Nascimento dos Santos Silva	DATA NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input checked="" 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 relatando dor em hemiface E com paralisia facial associada a visão com excitações a mechas volantes há 4 dias.

[Handwritten Signature]

DIAGNÓSTICO INICIAL Paralisia de Bell?	CID. 6.51.0
CLÍNICA SOLICITANTE ESF Dra. Valéria Baite - saúde da família	CÓDIGO
PROCEDIMENTO SOLICITADO Remoção Magnética Cranioencefálica	CÓDIGO
MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO) 19/05/2021 <i>[Signature]</i>	CRM 810806
	CPF MÉDICO 107450700-22

04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

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

80/350



Cartão do Usuário

SUS
Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

POLIANA N. DOS SANTOS

Data Nasc.: 04/12/1987

706 4021 1404 4483



DISQUE SAÚDE 136

SUS
CARTÃO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



frente

verso



CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.
 CNPJ 08.081.180/0001-16
 Insc. Estadual 062.822135/0207
 Av. Barbacena, 1800 - 17º Andar - Atalaia
 Belo Horizonte - CEP 30.190-101
 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 45.000009762.97 - 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

Nº DO CLIENTE: 7004775711

Nº de Instalação	Subclasse	Classe
3003357104	RESIDENCIAL	Residencial Monofásico
Dados de Leitura		Modalidade Tarifária
Anterior	Atual	Posterior
Tarifa Convencional		

MEDIDOR Nº: AMJ180013033 16/03 16/04 14/05

Tipo 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\$):		
ICMS	102,40	30,00
PIS/COFINS	71,68	0,71
COFINS	71,68	3,28
		R\$ 30,72
		R\$ 0,50
		R\$ 2,35

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/20	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

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
 Leitura realizada conf. calendário de faturamento.

RECEBA SUA FATURA DE ENERGIA POR E-MAIL DE FORMA FACIL, RÁPIDA E SEGURA.
 ACESSA AGORA 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. Prof. 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
Diagnose
Image Diagnose
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. Prof. 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: 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: {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 RASURAS**

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 & 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 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\$ 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

LIQUIDACAO | AUTORIZO PAGAMENTO
Confirmo receb. do Material ou Servico. | Determino pagamento da presente despesa.
17/05/21 | 17/05/21

Visto: Socorã
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



ADM: 2021 - 2024

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

MS/0

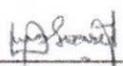
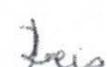
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio	Ficha	
<input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?	Fonte	102
Secretaria Requisitante:	Secretaria Municipal de Saúde	
Sector:	Saúde	
Tipo de Material/Serviço:	Exame de endoscopia	
Destino do Material/Serviço:	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, inexistência 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	<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> Indeferido
 Assinatura do Controle Interno	 Assinatura do Prefeito
	Protocolo N°: <u>999</u> / <u>12/05/2021</u>
	 Responsável pelo Protocolo



336

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE.

NOME: _____ CRM: _____ UF: _____ TEL: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

PRESCRIÇÃO:

PACIENTE:

Elisete Carlos Ribeiro

ENDEREÇO:

DATA:

25/3/

Eudrofia

*HD - Massa palpável na
Epigastria.*



Francis H. Hernández

Dra. Francis H. Hernández
Médico
RMS/IMG 3102081

CARIMBO E ASSINATURA DO PRESCRITOR

117
①



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/

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

DCC ORIGEM
CAS.LV-17B FL-52 E. RIOS DE MINAS

CPF

BELO HORIZONTE, MG

ASSINATURA DO DIRETOR *[Handwritten Signature]* 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

MOLESAH DIREITO

[Fingerprint]

[Portrait Photo]

Eliset Cardoso Ribeiro

ASSINATURA DO TITULAR

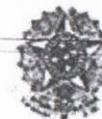
CARTEIRA DE IDENTIDADE

10/11



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 criado pela
Emissão autorizada pelo Regime Especial PTA Nº 45.000099762-37 - SLF/MG Lei nº 10.438 de abril de 2002

ELISET CARDOSO RIBEIRO
AV SAGRADO CORAÇÕES 967 CS

CRUZEIRO
ENTRE RIOS DE MINAS - MG
CEP: 35490-000

MEDIDOR N.º AME179043853

Nº DO CLIENTE: 7008412144		
Nº da Instalação	Subclasse	Classe
A	Residencial Baixa	Residencial
3013697558		
Datas de Leitura		Modalidade Tarifária
Anterior	Atual	Próxima
02/02	04/03	06/04
Tarifa Convencional		

Informações Técnicas	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		Valor R\$
Descrição		
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)		Valor R\$
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

CPF- 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	Media 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

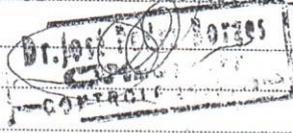
120
/

RECIBO Nº _____ VALOR \$250,00#

Recebi (emos) de Elisete Cardoso Ribeiro
a quantia de duzentos 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
④



NOTA DE EMPENHO

E001564-000

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 recep. do Material ou Servico.

27, 04, 2021

AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.

27, 04, 2021

Visto:

Thais Castro

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

Visto:

Jose Walter Resende Aguiar

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR
PREFEITO MUNICIPAL
CPF:087.179.076-91

RECIBO 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:

Lancament

Banco:

Brasil

Conta:

1094-4

Cheque:

850654

850665

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



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

324
/

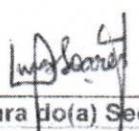
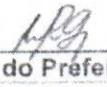
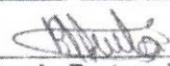
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input type="checkbox"/> Recurso Próprio	Ficha	
<input type="checkbox"/> Recurso Especifico / Convênio Qual?	Fonte	102
Secretaria Requisitante:	Secretaria Municipal de Saúde	
Setor:	Saúde	
Tipo de Material/Serviço:	Exame de TC multislice de abdome total	
Destino do Material/Serviço:	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
Total:				R\$: 440,00	

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

Entre Rios de Minas, 16/04/2021.	Requisição elaborada por:
Memorando se houver:	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> Indeferido
 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
/

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 062.322138.0087
 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 criado pela
 Emissão autorizada pelo Regime Especial PTA Nº 45.000089762-97 - SEF/MG Lei nº 10.400 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
Datas de Leitura		Modalidade Tarifária
Anterior	Atual	Próxima
03/03	05/04	03/06
Tarifa Convencional		

MEDIDOR N.º: ABC952013487				
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			
Descrição			Valor R\$
Cobrança da Conta de Energia de 03 / 2021			21,77
Dif. recálculo tarifa integral			20,69
TARIFAS APLICADAS(Sem Impostos)			
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\$):	Alíquota%:	Valor (R\$):
ICMS			
PASEP	41,51	0,71	R\$ 0,28
COFINS	41,51	3,28	R\$ 1,35

Mês/Ano	Histórico do Consumo			REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES
	Consumo kWh	Media 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 abrangem o período em questão.
 MAR/2021 Band. Amar. - ABR/2021 Band. Amar.
 Tarifa vigente conforme Res Aneel 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

127

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 0001/0

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 do Nascimento
 01/11/68



VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nome
 CECILIA CAMPOLINA

Nº de Inscrição
 007192726-37

Data do Nascimento
 01/11/68

22/12

NOTA DE EMPENHO

EO01118-000

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

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

AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.

02/03/21

Visto: Thais Castro de Oliveira Correia
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\$ 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: Brasil Recebedor: 10944 Lancament
Banco: Brasil Conta: 10944 Cheque: 850611



130
GP

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS – 2021

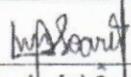
Licitar

CONTABILIDADE

Efetivação de compras

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
			TOTAL		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"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido			 PREFEITO MUNICIPAL		
			 CONTROLE INTERNO		
Recebido em ____/____/____ Nº Protocolo _____				_____ RESPONSÁVEL	



PREFEITURA MUNICIPAL
DE CONGONHAS

LAUDO MÉDICO
DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO

SUS

SISTEMA ÚNICO DE
SECRETARIA MUNICIPAL
DE CONGONHAS

01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE

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

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME <i>Daniel Neves Jesus</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>06/02/1986</i>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/>
NOME DA MÃE DO PACIENTE <i>Missidete Neves de Oliveira</i>		TELEFONE <i>971094535</i>
RUA / LOGRADOURO <i>Rua Padre Pedro Sausen</i>	Nº <i>236</i>	COMPLEMENTO
BAIRRO <i>Sassaparay</i>	MUNICÍPIO <i>Entre Rios do Sul</i>	
CEP <i>35490-000</i>	UF <i>MG</i>	Nº CONSULTA
		CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº DO ORGÃO EXPE <i>MG.14773479</i>

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

*Remissão da fadiga muscular, no 4º
período deste s/ melhora s/ TPO com*

Franklin William Ribeiro S. Soares
Secretário Municipal de Saúde

DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Dor aguda lombar</i>	CID	
CLÍNICA SOLICITANTE <i>Ortopedia</i>	CÓDIGO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exame físico, percussão, reflexos, testes de força</i>	CÓDIGO	
MÉDICO SOLICITANTE (DATA/ASSINATURA/CARIMBO) <i>30/02/2023</i> <i>Ortopedista</i> <i>Dr. Luiz Gustavo A. Gonçalves</i>	CRM	CPF MÉDICO

04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

SITUAÇÃO DO LAUDO <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO MOTIVO	DESTINO	CÓDIGO
DATA DA AUTORIZAÇÃO		MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA/CARIMBO)	
		<i>97109-4535</i> <i>99772-5749 (Patúcia)</i>	

Realizado 27/11/23
Duval

ORIENTAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ALTO CUSTO AO SUS-1

133


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 CRONOLOGICAS.
- 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 SÓ 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

SUS

Ministério da Saúde

Sistema Único de Saúde

DANILO NEVES DE OLIVEIRA

Data Nasc.: 06/02/1986

Sexo: M

700 0072 3813 2006



INTEGRAÇÃO

Este cartão é intransferível. Qualquer alteração deve ser feita no Disque Saúde, 136 ou no site do Ministério da Saúde.



frente

verso

134

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

MINAS GERAIS

NOME
 DANILLO 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



135
 115

AGÊNCIA
 PAIS
 PRÓXIMA
 AV BENEDITO VALAPRES, 101
 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					MATRÍCULA	
Número	Data de Emissão	Data de Apresentação	Mês	Grupo		
001.37.215/3350-3	10/04/2017	10/04/2017	04/2017	650	0 000 449 007 3	
QUANTIDADE DE UNIDADES ATENDIDAS					IDENTIFICADOR USUÁRIO	
SERVIÇO	Social	Residencial	Comercial	Industrial		
Água		1			0 000 021 040 8	
Esgoto						

HIDRÔMETRO	LEITURA			CONSUMO FATURADO		
	Atual	Anterior	Próxima	Dias	m ³	Litros
A11S 0052159	10/04/2017 707	20/03/2017 701	10/05/2017	29	16	16.000

HISTÓRICO DE CONSUMO				CONSUMO MÉDIO	
	Volume Faturado Litros	Dias entre medições	Média Diária Litros	m ³	litros
				17	

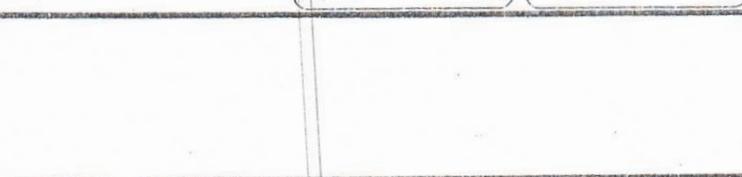
SEU CONSUMO/CUSTO DIÁRIO			
351 litros de água			
Água		Esgoto	
R\$ 2,33		R\$ 0,00	

TARIFA								
CÁLCULO RESUMIDO								
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	5,00000	1	5,00	3,74000	3,70	0,00000	0,00	3,70
5 A 10	5,00000	1	5,00	2,78800	13,94	0,00000	0,00	13,94
10 A 15	5,00000	1	5,00	5,83900	29,20	0,00000	0,00	29,20
15 A 20	1,00000	1	1,00	6,82000	6,82	0,00000	0,00	6,82
SOMA	16,00000		16,00		67,01		0,00	67,01

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

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

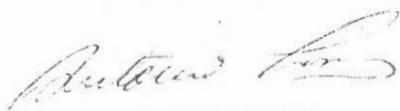
136
A

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 52.949-0



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



137
137

Voltar Criar email Responder Responde Encamin Excluir Mover Imprimir Spam Marcar Mais

Caixa de entrada 4

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@entrieriosdeminas.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

138
A

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

ED00658-000

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

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
Endereco: 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
Subfuncao.: 301 - ATENCAO BASICA
Programa.: 0010 - ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA
Proj./Ativ.: 2.031 - MANUTENCAO DA SAUDE BASICA NO MUNICIPIO
Conta.: 3.3.90.49.00 - 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

LIBERDAÇÃO

Confirmo receb. do Material ou Serviço.

AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa

26 / 01 / 21

26 / 01 / 21

Visto:

FRANKLIN WILLIAM R BEIRO BATIS
SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE
CPF:102.338.856-17

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR
PREFEITO MUNICIPAL
CPF:087.179.076-91

DEBITO 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

Darci de Sousa Maia Santos
DARCI DE SOUSA MAIA SANTOS

Documento:

Recebedor:

Lancament

Banco:

Brasil

Conta:

1094.4

Cheque:

850592



340
OP

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS – 2021

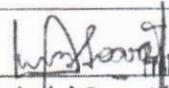
Licitar

CONTABILIDADE

Efetivação de compras

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
			TOTAL		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		
<input checked="" type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido			 PREFEITO MUNICIPAL		
			 CONTROLE INTERNO		
Recebido em ____/____/____ N° 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 ele ganhe tal medicamento pelo estado.

Uma vez que não tenho condições financeiras 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

M2
AB

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

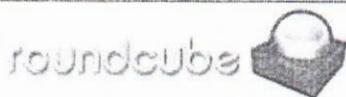
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

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

143
[Handwritten signature]

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 Morais
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	<u>Sangue</u>	<u>Genotipagem p/ HCV</u>				
2						
3						
4						
5						
6						

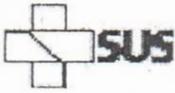
Dr. Ana Beatriz Castello Branco F. Pires
CRM MG 82340
CONTROLE 3343154

04 | 01 | 2021

DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

AUTORIZAÇÃO



DADOS DA INSTITUIÇÃO					
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*			2. CNES*		
INFORMAÇÕES BÁSICAS					
3. CNS do(a) paciente*		Nome completo do(a) usuário(a)*		7. Preferência de id	
		5. Oficial		<input type="checkbox"/> 1. Ofici	
4. Data de nascimento*		6. Social		<input type="checkbox"/> 2. Soci	
		Geovane de Sousa Maia		8. Sexo*	
				<input checked="" type="checkbox"/> 1. Fem	
				<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME					
31. Código do procedimento		32. Nome do procedimento			
02.02.03.021-0		Genotipagem de Vírus da Hepatite C			
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO					
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			
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
34. CID 10	35. Nome do profissional solicitante*		36. Documento do profissional solicitante*	37. Assinatura e carimbo do profi solicitante*	
B18.2	Ana Beatriz E.B.F. Pires		CPF:		
38. Registro do conselho profissional*	39. Data do preenchimento		CNS:		
Conselho/UF/Nº	CRM/MG/182340		04/01/2021		
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA					
40. Nome da instituição (Carimbo padrão)*			41. Data da coleta*	42. Hora da col	
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					
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE					
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

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 116 DE 29/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR *Geovane de Sousa Maia*

ESTADO DE MINAS GERAIS
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

60-09

RETRATO

IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA

149
08

Cartão do Usuário

SUS  Sistema Único de Saúde

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


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* ASS. DIR. REG. CIVIL 2.VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

148
18

responsável



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: 260626520

Controle:

02.136/R4SODEBB881/0017

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

DARCI DE SOUSA MAIA SANTOS		Nº DO CLIENTE: 7201314278		
RUA DIRETORA MARIA AUGUSTA SILVA 101 CS A		Nº da Instalação	Subclasse	Classe
NOSSA SENHORA DAS BROTAS ENTRE RIOS DE MINAS - MG		3013467847	RESIDENCIAL	Residencial Monofásico
CEP: 35490-000		Datas de Leitura		Modalidade Tarifária
MEDIDOR N°: AME153139192		Anterior	Atual	Próxima
		19/11	18/12	20/01
		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%:
190,11		30,00
ICMS	133,08	R\$ 57,03
PASEP	133,08	R\$ 1,01
COFINS	133,08	R\$ 4,64

Mês/Ano	Histórico do Consumo		Dias de Faturam.	REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES
	Consumo kWh	Média kWh/dia		
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	

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
 Leitura realizada conf. calendário de faturamento.

149

Nº

[Empty box for number]

RECIBO

VALOR

780,00

Recebi(emos) de Gianni de Sousa pin

a quantia de

Setecentos e oitenta e nove

[Empty line for details]

correspondente a

Edmo de Sousa

e para clareza firmo (amos) o presente

Entre Pira do miron, 0 de fevereiro de 2021

Robucella

Assinatura

Nome:

CPF/CNPJ

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

150



REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

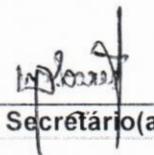
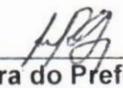
152
10

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?		Ficha	
		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	Secretaria Municipal de Saúde		
Sector:	Saúde		
Tipo de Material/Serviço:	Exame de ressonância magnética		
Destino do Material/Serviço:	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:	

<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>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 PESSSOAS 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

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

Autorizoo 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

AUTORIZO PAGAMENTO

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

04 / 01 / 2021

04 / 01 / 2021

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

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:

Recebido:

Lancament

Banco: Brasil

Conta: 5094-4

Cheque: 800571



253
①

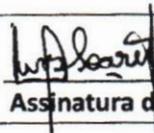
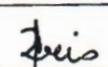
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS - 2020

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, inexistência 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		
<input checked="" type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido			Assinatura do (a) Secretário(a)		
			 PREFEITO MUNICIPAL		
			 CONTROLE INTERNO		
Recebido em ____/____/____ Nº Protocolo _____				RESPONSÁVEL	



Associação Hospitalar Bom Jesus

154
Ⓟ

RECEITUÁRIO MÉDICO

Helena de Almeida
Cunha

Colo me co pro

Ind:

Oalmes Orient. cul

818120

Dr. Carlos Eduardo Azeal
CRM 46198

AGM Artes Gráficas (31) 3721-1329

Rua Padre Leonardo, 147 - Centro - Congonhas - MG - Fone: (31) 3732-3200

- Sup a 100

~~preparo~~

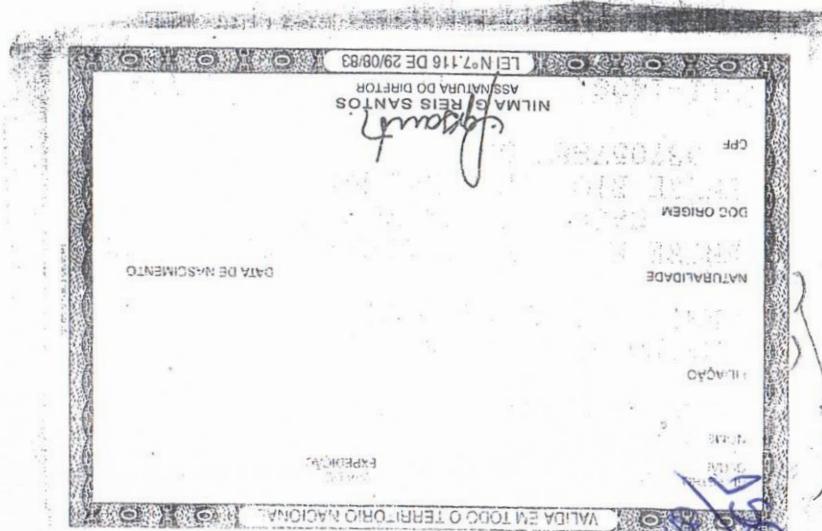
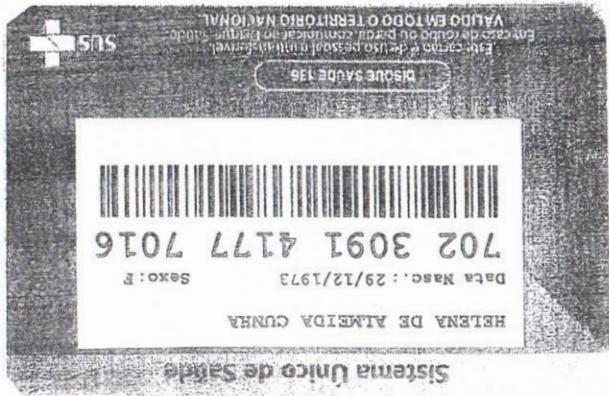
que em anexo o preparo para o exame de colonoscopia da Paciente Helena de Almeida cunha, a ser realizado no dia 12/01/2021, as 8:00, no valor de R\$ 800,00 com dr. Raphael Rettore.

**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
Santo Agostinho - CEP 30.190-131

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica
Serie: 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 97		Nº da Instalação	Subclasse
CS casa		3012563511	Residencial Baixa Renda
RIBEIRO CARDOSO		Classe Residencial Monofásico	
ENTRE RIOS DE MINAS - MG		Modalidade Tarifária	
CEP: 35490-000		Tarifa Convencional	
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 DEVOLOUÇÕES			
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			
PASEP	45,57	0,71	R\$ 0,31
COFINS	45,57	3,29	R\$ 1,49

Mês/Ano	Histórico do Consumo		Dias de Faturam.	REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES
	Consumo kWh	Media kWh/dia		
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	

Informações Gerais
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



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 a 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 em 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.

158
23/12/20
de

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
Coagulograma)

Nº

RECIBO

RS 800,00

Recebi(emos) de Helena de Almeida da Cunha
 Endereço Entre Rios de Minas
 a importância de oitocentos reais

160

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. Retiro Mendes
 GASTROENTEROLOGIA
 CRM 56840
 CONTROL E 0769880

ASSINATURA _____
 CRIFE _____

N O T A D E E M P E N H O

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

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

Confirma receb. do Material ou Servico.

Determino pagamento da presente despesa

20 / 01 / 21

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

RECEBI 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:

Recebedor:

Lancament

Banco: Brasil

Conta: 10944

Cheque: 850386



REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS – 2021

Licitar

CONTABILIDADE

Efetivação de compras

Recurso Próprio

Recurso Específico/Convênio Qual?

Órgão Requisitante: Secretaria Municipal de Saúde

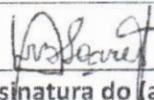
Tipo de Material/Serviço: Exame

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
TOTAL					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) Municipal de Saúde

Deferido Indeferido


PREFEITO MUNICIPAL

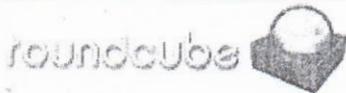

CONTROLE INTERNO

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 concluírem qual tratamento fazer antes que a mesma também comece a depender de cadeiras de rodas.



E-mail

Contatos

Configurações

163

Voltar Criar email Responder Responde Encamin Excluir Mover Imprimir Spam Marcar Mais

Caixa de entrada 47

Rascunhos

Enviados

Spam

Lixeira

Enviadas

Lixeira

Rascunhos

EXAME

Mensagem 3 de 3186

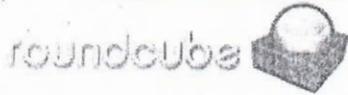
De **Labo Rios Laboratorio**
Para **Comprassaude**
Data **Hoje 11:00**

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: *JG*

Voltar Criar email Responder Responde Encamin Excluir Mover Imprimir Spam Marcar Mais

Caixa de entrada

Rascunhos

Enviados

Spam

Lixeira

Enviadas

Lixeira

Rascunhos

ORÇAMENTO

Mensagem 3 de 3220

De **BIOmed Laboratório de Análises Clínicas**
Para **comprassaude@entrieriosdeminas.mg.gov.br**
Data **Hoje 12:29**

Olá boa tarde

segue abaixo o orçamento do exame solicitado:

EXAME ALS8R\$ 4.000,00.

Att.

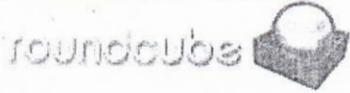
Renata Asevedo

BIOMED LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS.

Sobre

comprassaude@entreriosdeminas.mg.gov.br

165



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

Valor de exame laboratorial

Mensagem 1 de 3180

De Leandro Fonseca Lima

Para comprassaude@entreriosdeminas.mg.gov.br

Data Hoje 16:41

Boa tarde Ariana, 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

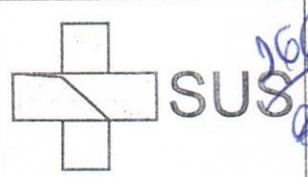
Laboratório Del Rey

Custam. 9 9830. 0009

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 <i>ESF Dr. Valéria Balto</i>	CÓDIGO / SIA	MUNICÍPIO
Nº PRONT.	CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO)	

02- DADOS DO PACIENTE

NOME <i>Elisli Maria de Oliveira</i>	DATA NASCIMENTO / /	SEXO <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

Paciente com quadro de fraqueza muscular progressiva, com quadro predominante em membros inferiores.

ENHG = comprometimento do neurônio motor inferior

Teste para AME Ig = sem anormalidades (MLPA)

Presença possibilidade de ALS B.

[Handwritten signature]

HISTÓRICO INICIAL

Atrofia muscular Espinhal

CID. 612.2

CLÍNICA SOLICITANTE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Sequenciamento 04 para genotip

MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)

17/12/2020

CRM *[Assis 30866]*

CPF MÉDICO 80866107450706-12

04- JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO	MOTIVO	<i>Existência (exposto)</i> <i>9.98306069</i>	
<input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO			
<input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO			
DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CRM	
/ /			

167

JULIANA GURGEL GIANNETTI

CRMMG 25718

NEUROPEDIATRIA GERAL

DOENÇAS NEUROMUSCULARES

DOENÇAS NEUROGENÉTICAS

Shirlei Maria de Oliveira

Solicitado

Teste genético p/ ALS &
(gene VAPB) - Siquinewanda
to.

Justificativa: Paciente com quadro
de doença do neurônio motor
inferior. (ENMG: fasciculação e
denervação).

Teste genético p/ AME tipo Sq
foi negativo.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



SHIRLEY MARIA DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL M-7 412.155

EPÍGRAFIA 27/03/92

NOME SHIRLEY MARIA DE OLIVEIRA

FIACAO OTIL LUIZ DE OLIVEIRA

ERONDINA MARIA DE ARAUJO

BELO HORIZONTE-MG

DATA DE NASCIMENTO 20/08/72

DOC. ORIGEM MASC. LV-265A FL-252V 3. SUB. B. HTE.-MG

BELO HORIZONTE MG

CPF 706 2010 6983 8464

ASSINATURA DO PROPRIETARIO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

FIC-024

Este documento é proveniente de inscrição no CADASTRO DE EMPRESAS FISCAIS - CNF, validade a expirar por terceiros, selve nos termos previstos na legislação vigente.

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 27/11/92

CNPJ - CADASTRO DE EMPRESAS FISCAIS

SHIRLEY MARIA DE OLIVEIRA

220017020-24

20/08/72

Sistema Único de Saúde

SHIRLEY MARIA DE OLIVEIRA

Data Nasc.: 20/08/1972 Sexo: F

706 2010 6983 8464



Disque Saúde 136

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

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS



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 30.190-451
 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

Nº DO CLIENTE: 7009069500

RUA MONSENHOR LEAO 117 CX A

Nº da Instalação 3010692717	Receita Baixa Renda	Reprovisão Classe Monofásico
--------------------------------	---------------------	---------------------------------

CENTRO
 ENTRE RIOS DE MINAS - MG
 CEP: 35490-000
 MEDIDOR Nº: ABG069012822

Datas de Leitura			Modalidade Tarifária Tarifa Convencional
Anterior 09/11	Atual 07/12	Próxima 08/01	

Tipo de Medição	Informações Técnicas			Consumo kWh
	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	
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**

Endereço: FREDERICO OZANAN 130 - CENTRO - CEP: 35490000

Município: 3123908 - ENTRE RIOS DE MINAS/MG

Inscrição Municipal: 884

Inscrição Estadual:

Informações do Tomador

Nome/Razão Social: **SHIRLEI MARIA DE OLIVEIRA**

CPF/CNPJ: **026.017.826-84**

Endereço: -

Município: -

CEI:

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

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

Valor dos Serviços	Deduções	PIS / PASEP	COFINS	INSS	IR
3.850,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CSLL	Base de Cálculo	Alíquota	Desc. Incondicionado	Desc. Condicionado	Outras Retenções
0,00	3.850,00	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	3.850,00

Exigibilidade do ISS

01 - Exigível

Valor do ISS
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: () -
 Endereço: TRAVESSA VICENTE CHAGAS,11
 SANTA EFIGENIA - ENTRE RIOS DE MINAS - MG - 35.490-000

172
[Signature]

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

[Signature]
 JOSE WALTER RESENDE AGUIAR GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA
 PREFEITO MUNICIPAL CONTADOR
 CPF:087.179.076-91 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: 20/10/2021 | Data: 20/10/2021

Visto: *[Signature]* Visto: *[Signature]*
 THAIS CASTRO DE OLIVEIRA CORRE JOSE WALTER RESENDE AGUIAR
 GERENTE DA SAUDE PREFEITO MUNICIPAL
 CPF:045.448.926-94 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: *Boasie* Conta: *1094-4* Cheque: *dis conta*



REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

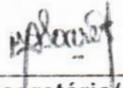
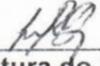
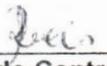
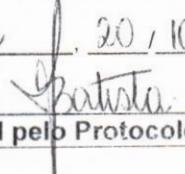
173
173

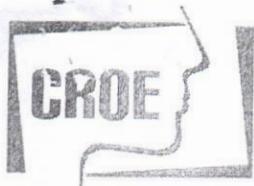
<input checked="" type="checkbox"/> Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS <input type="checkbox"/> Para Licitar <input type="checkbox"/> Efetivação de compras <input type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?		Ficha	
		Fonte	102
Secretaria Requiritante:	Secretaria Municipal de Saúde		
Setor:	Saúde		
Tipo de Material/Serviço:	Exame		
Destino do Material/Serviço:	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: 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>1862</u> / <u>20</u> / <u>10</u> / <u>21</u>  Responsável pelo Protocolo



RADIOLOGIA
ODONTOLÓGICA
DIGITAL

12/4
①

Documentos:

Paciente: Gabriel Pussanha Mota

Exame: tomografia dente 21

Valor: R\$ 250,00 (3x cartão) ou
R\$ 225,00 à vista

Entre Rios, 18/10/2024.

CROE RADIOLOGIA

21.758.980/0001-68

C. Assis

RUA DOS EXPEDICIONÁRIOS, 31 - CENTRO
ENTRE RIOS DE MINAS - MG
TEL.: 31 3751-2579

175



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** Inscrição Municipal: 1254
 Endereço: **DR.JOAO VAZ 446.000000 CLINICA - CENTRO - CEP: 35490000** Inscrição Estadual:
 Município: **3123908 - ENTRE RIOS DE MINAS/MG**

Informações do Tomador

Nome/Razão Social: **FRANCINE PESSANHA GOMES**
 CPF/CNPJ: **106.221.847-76** CEI:
 Endereço: - - CEP: 35490000 Inscrição Municipal:
 Município: **3123908 - ENTRE RIOS DE MINAS/MG** 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					Valor do ISS
01 - Exigível					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.



25/10/21

25/10/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:50:48
204202042 SEGUIMTA 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

Walter Resende Aguiar
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
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
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: Banco Conta: 10944 Cheque: 22202



128
8/9

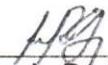
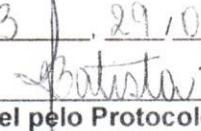
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<input checked="" type="checkbox"/> Para Licitar - <input type="checkbox"/> Efetivação de compras - <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Recurso Específico / Convênio Qual?		Ficha	
		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	Secretaria Municipal de Saúde		
Sector:	Saúde		
Tipo de Material/Serviço:	Exame de ressonância magnética		
Destino do Material/Serviço:	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:	

(<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>1743</u> / <u>29/09/21</u>  _____ Responsável pelo Protocolo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

MG

NOME
 MARCIO CARDOSO DOS SANTOS

DOG. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 MG13200210 SSP MG

CPF
 864.546.415-00 DATA NASCIMENTO
 14/01/1960

FILIAÇÃO
 JOSÉ LUIZ CARDOSO
 MARIA DA CONCEIÇÃO DE
 JESUS

PERMÍSSO ACC CATHAL
 B B

Nº REGISTRO
 05142367592 VALIDADE
 21/07/2025 1ª HABILITAÇÃO
 10/02/2011

RESERVAÇÃO
 X /

marcio Cardoso dos Santos
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CONSELHEIRO LAPALETE, MG DATA EMISSÃO
 22/07/2020

Kleyerson Rezende
 Diretor DETRAN/MG 20622500814
 MG577020170
 ASSINATURA DO EMISSOR

MINAS GERAIS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 2127506316

PROIBIDO PLASTIFICAR
 2127506316

179
 88

Sistema Único de Saúde

MARCIO CARDOSO DOS SANTOS

Data Nasc.: 14/01/1960 Sexo: M

704 1082 9189 8150

DISQUE SAÚDE 136

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

180
08/18

MARCIO CARDOSO DOS SANTOS

solicitação

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

MULTIPARAMÉTRICA DA

Próstata - PSA 8,95 g/l

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



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 CAVALHO DOS SANTOS

soluções

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

MULTIPARAMÉTRICA DA

PRÓSTATA - PSA 8,95 g/d

Ignato



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

181

Assunto **Orçamento - RM Prostata**
De Cassia R. M. Silva <cassia.menezes@axialmg.com.br>
Para <tfdsaude@entrieriosde Minas.mg.gov.br>
Data 2021-09-27 10:46



182
68

Prezados, bom dia.

Segue valor com desconto para o procedimento RM Prostata:
R\$ 490,00

Att.

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

AXIAL
Inteligência Diagnóstica



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: MARCIOCARDOSODOSSANTOS65@GMAIL.COM

Discriminação do(s) Serviço(s)

SERVIÇOS PRESTADOS RADIODIAGNOSTICOS

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



183

RESPOSTA AO OFICIO Nº 147/2023

2022

1	Valéria Teodoro Azevedo	Medicamentos/consulta com cirurgião
2	Emanuelle Silva Sousa	Mapeamento cerebral
3	Solange Maria Cardoso dos Santos	Exames laboratoriais não custeados pelo SUS
4	Valéria Teodoro Azevedo	Medicamento/Consulta/Exames
5	Valeria Teodoro Azevedo	Medicamentos/consulta com cirurgião
6	Carlos Daniel Lima Ribeiro	Placa bloqueada/parafuso/parafuso cortical
7	Daniele Cristina Moreira Abreu Borges	Exames laboratoriais não custeados pelo SUS
8	Valéria Teodoro Azevedo	Medicamento
9	Maria Aparecida Oliveira e Silva	Canula de Traqueostomia

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

285
[Signature]

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
[Signature]
 JOSE WALTER RESENDE AGUIAR GERALDO EVANGELISTA DE SOUZA
 PREFEITO MUNICIPAL CONTADOR
 CPF:087.179.076-91 CPF:439.874.006-68 CRC: /MG - 41454

LIQUIDACAO	AUTORIZO PAGAMENTO
Confirmo receb. do Material ou Servico. Determino pagamento da presente despesa.	
Data: 30/06/2022 Data: 30/06/2022	
Visto: <i>[Signature]</i> Visto: <i>[Signature]</i>	
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\$ 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: Brail 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

386
/

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

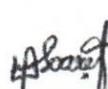
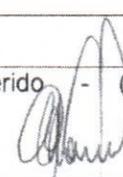
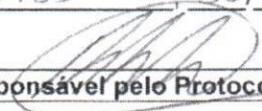
(X) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS () Para Licitar () Efetivação de compras () Recurso Próprio () Recurso Especifico / Convênio Qual?	Ficha	
	Fonte	102
Secretaria Requisitante:	Secretaria de Municipal de Saúde	
Setor:	Saúde	
Tipo de Material/Serviço:	Exames laboratórios	
Destino do Material/Serviço:	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
Total:				R\$: 565,00	

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: **Paciente está com uma liminar judicial (0018198.83.2018.8130239) onde o município tem que custear exames, insumos e a cirurgia bariátrica.**

<p style="text-align: center;"> Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo</p> <p style="text-align: center;"> Assinatura do Controle Interno</p>	<p>(X) Deferido - () Indeferido</p> <p style="text-align: center;"> Assinatura do Prefeito</p> <p>Protocolo N°: <u>3485</u> / <u>30/06/22</u></p> <p style="text-align: center;"> Responsável pelo Protocolo</p>
---	--



ADM: 2021 - 2024

Secretaria Municipal de Saúde de Entre Rios de Minas



187 / 88

Nome:	Idade:
Unidade de Saúde:	Data:

SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Exames simples:

Hemograma completo.	col. c.o.
glicemia de jejum.	Hemoglobina glicada.
colocação total e fração	urina de
urina ácida.	urina de 24h.
col. de urina	colocação.
proteínas total e fração.	Fono mio.

Exames especiais:

col. ur.	col. de urina.
Pharmacologia	teste de secreção de
urina	urina de 24h.
urina de 24h.	colocação.
TEU 14h.	microscópio
	urina.

Justificativa: pos. sintomático.

Assinatura/Carimbo:

Dra. Francine Fátima Oliveira Dutra
 2021
 187/88

188
④Orçamento 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

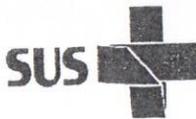
Desconto: 100,00

Taxa extra: 0,00

A Pagar: 565,00



Secretaria Municipal de Saúde
de Entre Rios de Minas



ADM: 2021 - 2024

Nome:	Idade:
Unidade de Saúde:	Data:

800,00 todos 600,00 publico (pale)

SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Exames simples:

Hemograma completo.	Idade
glicose de jejum.	Hemoglobina glicada.
colesterol total e frações	Ureia, cr.
triglicéridos.	Ureia, cr. b2.
creatinina	Ureia, cr.
proteínas totais e frações.	Ferro séro.

Exames especiais:

Foi feito.	Ureia folio.
pancreomônio	inib. de atividade de
limo	ureia folio.
Ureia bi.	potássio.
Ureia rph.	potássio
	potássio

Justificativa:

poi. benéfico.

Inatura/Carimbo:

Dra. Franciele Estima Oliveira Dutra
CRM 84980
CONT. O/E 2337754

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, 596
Centro - CEP 35.490-000
Entre Rios de Minas - MG

[Handwritten signature]

leia e mande 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

200 00000004
1 - 080 - 3751-2396
Laboratório Biomed
Rua Major Juscelino, 934
Entre Rios de Minas - MG
10.698.327/0001-32

NOTA DE EMPENHO

EO04426-000

FUNDO SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS - 11.940.403/0001-37

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

LIQUIDACAO

Confirmo receb. do Material ou Servico.
Data: 30/09/2022

AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.
Data: 30/09/2022

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

RECIBO 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: Conta: Cheque:

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

103



194
8

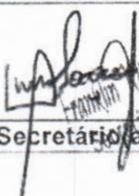
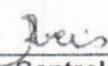
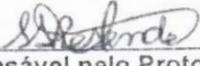
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

(x) Ajuda financeira para realização de exame conforme pedido médico e demanda da SMS () Para Licitatar () Efetivação de compras () Recurso Próprio () Recurso Específico / Convênio Qual?	Ficha	227
	Fonte	102
Secretaria Requiritante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Setor:	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 <comprassaude@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 Wilson 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
CNPJ 06.908.107/0001-91
R. Paranaíba, 1320 - Jd. Primavera
Município de Belo Horizonte - MG
CEP 31212-335
Biolife Health
R. Paranaíba, 1320 - Jd. Primavera
Município de Belo Horizonte - MG
CEP 31212-335



biolife health
QUALIDADE EM SAÚDE

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

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

Condições de Pagamento: 60 Dias

Desconto: Sem Desconto

Informações Adicionais: Validade da proposta 30 dias

Sistema Único de Saúde

CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO

Sexo: M

Data Nasc.: 28/12/2002

707 8016 1903 0211



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. ORIGINAL MASC. LV-45 FL-39

ENTRE RIOS DE MINAS-MG

DATA DE NASCIMENTO 28/12/2002

CP 64.008.276-09

LEI Nº 7.116 DE 29/00/03

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
164.008.276-09

Nome
CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO

Nascimento
28/12/2002

Comprovante de Instalação de Serviço de Energia Elétrica nº 439338

Emissão: 09/08/2022 Imprensa: 09/08/2022 14:33:37

Emissão autorizada pelo Regime Especial TA Nº 45.000009782.37 - SEF/MG

Leituras: 10793 e 10844

Leitura Anterior: 10793

Leitura Atual: 10844

Consumo kWh: 51

Valor (R\$): 38,02

Valor R\$: 38,02

GERALDO SIDINEI RIBEIRO

RUA PADRE PEDRO SANSEN 87

SASSAFRAS

ENTRE RIOS DE MINAS - MG

CEP: 35490000

MEDIDOR Nº: AMC081058505

Subclasse RESIDENCIAL

Classe Monofásico

Modalidade Tarifária Tarifa Convencional

Anterior: 11/07 09/08 09/09

Atual: 09/08 09/09

Constantes de Medição

Consumo kWh: 51

Valor (R\$): 38,02

Valor R\$: 38,02

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	51	0,74591967	38,02
ENCARGOS/COBRANÇAS			
Contrib. Custeio Util. Pública			
ACESSO A BARRA			



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

190

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Bom Jesus	2 - CHES 21171212
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CHES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Carlos Daniel Lima Ribeiro		6 - Nº PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO 1/1	9 - SEXO MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input checked="" type="checkbox"/>	10 - RAC.
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD		Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD		Nº DO TELEFONE
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 Queda proprias altura em domicilio com Trauma ante braço D. Rx refrata displasia radio			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Pseudo artrose		 Franklin William Ribeiro S. Soares Secretário Municipal de Saúde	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Anamneses, Exame Físico, Rx			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Pseudoartrose radio	24 - CID 10 PRINCIPAL M89.1	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSO.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0140181020	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Eleitoro	31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF	32 - Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE 01131152916-155
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 01/09/22	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONS)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - DT
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE 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. ORGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (NDS)
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Luis Ricardo C. Albanese	

200
18

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	CHAVE DE ACESSO 3122 1041 7210 5100 0190 5500 1001 0563 9016 9866 4030
Nº 1.056.390 SÉRIE 1 FOLHA 1/1	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 mercaderia	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131224996433697 19/10/22 11:45:36
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0628274780084	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
	CNPJ 41.721.051/0001-90

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF 20.356.747/0001-94	DATA DA EMISSÃO 19-10-2022
NOME/RAZÃO SOCIAL MUNICIPIO DE ENTRE RIOS DE MINAS		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 35.490-000
ENDERECO Rua PADRE PEDRO N. 69		MUNICIPIO ENTRE RIOS DE MINAS	UF MG
MUNICIPIO		INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	HORA DE SAÍDA 11:01:38

FATURA/DUPLICATA
VENDA PRAZO 15 DIAS | BOL=001 Venc=03-11-2022 Valor=1729,20

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 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		FRETE POR CARTA 0 - Contrat. Emitente	CODIGO ANTI	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
RAZÃO SOCIAL		MUNICIPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE VOLUME	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

COD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
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 FUIROS ACO. Lote: T08430. 616304 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	RESERVA DO AO FISCO
<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>REDUÇÃO A ZERO DAS ALÍQUOTAS DE PIS/COFINS, ISENTO DE ICMS CONFORME CONVÊNIO ICMS 01/90 ANEXO PARTE I ITEM 07 DO RICMS/MG, DECRETO 4306/2002 PROLONGADO PELO CONVÊNIO ICMS/04/DE30/09/01 "PROCEDIMENTO AUTORIZADO PELO ART. 5000A PARTE I ANEXO DO RICMS" CIRURGIA REALIZADA NO HOSPITAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BOM JESUS EM CONDIÇÕES, NOME PACIENTE: CARLOS DANIEL LIMA RIBEIRO DATA CIRURGIA: 06/10/2022 AGENDAMENTO: 117242 CONVÊNIO: PREFEITURA NOME MEDICO: DR. FREDERICO MONTEIRO VIEIRA ALVARA 251732653 AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO: 1044851 CERTIFICADO BOAS PRÁTICAS 248729116-1 CHAVE DE ACESSO REFERENCIAL: 31221041721051000190550010019020851521913575 - 31221041721051000190550010010520671895407068 TOTAL PIS/COFINS R\$ 0 Venc: Alvará Sanitário: 09/11/2023</p>	

NOTA DE EMPENHO

EO04458-000

FUNDO SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS - 11.940.403/0001-37

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

Confirmo receb. do Material ou Servico.
Data: 06/10/2022

AUTORIZO PAGAMENTO

Determino pagamento da presente despesa.
Data: 06/10/2022

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

RECIBO 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: Conta: Cheque:



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
10

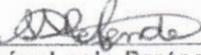
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

(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°: <u>4334</u> , <u>06/10/22</u>  Responsável pelo Protocolo

203
20Orçamento 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 - FRACOES (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 OLIVEIRA, 130
CENTROENTRE RIOS DE MINAS - MG
CEP 35.493-000

204
CP



Clínica de Barbacena

RECEITUÁRIO

Jamife Cristina M. Abreu Borges.

Idade: - 75 H / 74 L

- ACTH - UNID / UNID B12.

- Corticóides base - Testosterona total e
livre

- Corticóides de ação rápida - FSH/LH/Estrogênio

- SOMEA - Teste CA em Acetona.

- Sódio / K.

- Rinsina / Clorotruona.

- Mefenâmico farmacológico

- Calcitonina humana

- Cálcio total e ionizado

- PTH

- Testes.

- Urina

Dra. Luana Santos Albuquerque
CRM 67701
CONTR. E. 9302158

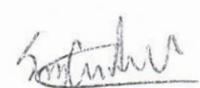
30/07/22.

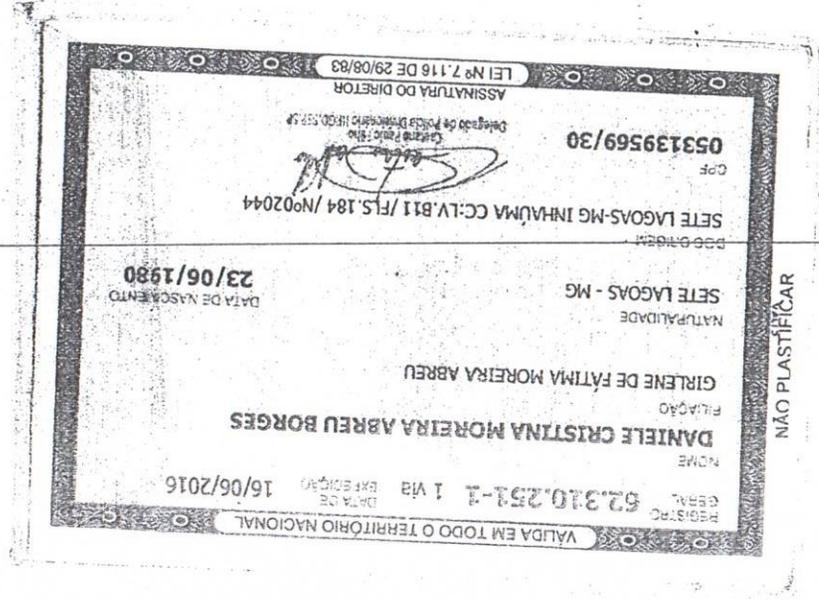
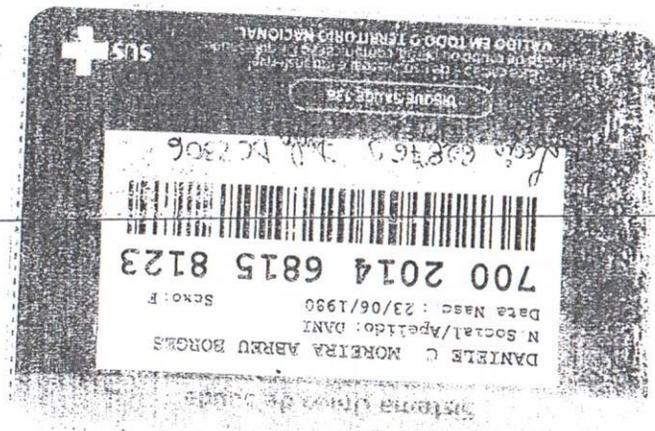
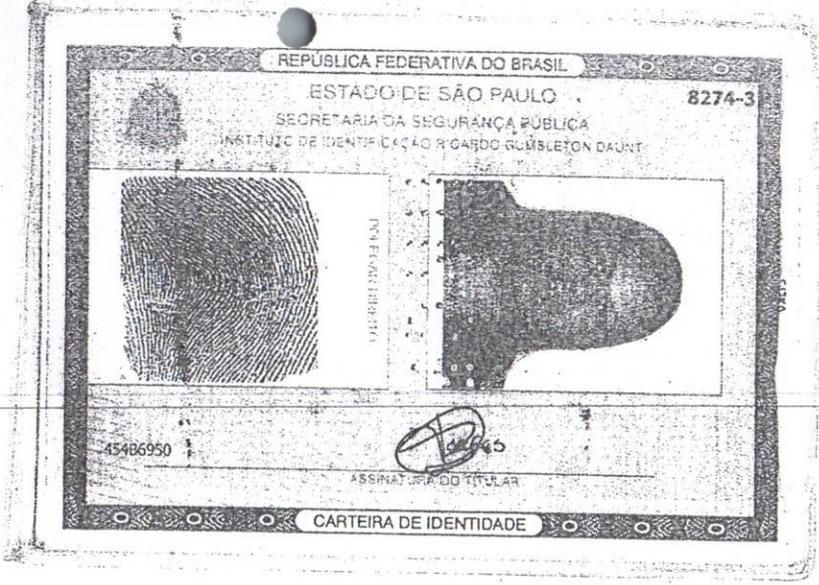
ACTH - 90,00
cortisol basal - 50,00
cortisol salivar - 70,00
SDHCA - 60,00
hemo - 30,00
potássio - 30,00
uremia / aldosterona - 90,00
metanefrinas plasmáticas - 440,00
catecolamina urinária - 180,00
cálcio total e iônico - 60,00
PTH - 80,00
fósforo - 30,00

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

Total : R\$ 1580,00 com desconto R\$ 1.100,00.

[23.963.952/0001-06]
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E
CITOLOGIA - LABORIOS - LTDA.
Rua Dr João Vaz, 596
Centro - CEP 35.490-000
[Entre Rios de Minas - MG.]





Entre Rios de Minas, 19 de Maio de 2022

Handwritten signature or initials in blue ink.



CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.
 CNPJ 06.981.180/0001-16
 Inscr. Estadual 962.322136.0087
 Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1
 Santo Agostinho - CEP 30.190-131

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Série: U1 NF: 358061849
 Controle:
 02.164/R4SODBB403/0017

Emissão: 10/01/2022 16:31:24 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

RENATO COELHO DE OLIVEIRA
 RUA JOSE RIBEIRO ALMEIDA 22
 CX 1
 SASSAFRAS
 ENTRE RIOS DE MINAS - MG
 CEP: 35490-000
 MEDIDOR Nº: AM131190919

Nº DO CLIENTE: 7001069823

Nº da Instalação 3012065773	Subclasse RESIDENCIAL	Classe Residencial Monofásico
Datas de Leitura		Modalidade Tarifária
Anterior 09/12	Atual 10/01	Próxima 08/02
		Tarifa Convencional

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

RESERVADO AO FISCO 5F7D.CF39.E6F7.66F3.829A.AA6D.2276.FE0C

REFERENTE A	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
JAN/2022	11/02/2022	R\$ 106,68
Base de Cálculo (R\$):		
ICMS	66,73	R\$ 0,38
PASEP	66,73	R\$ 1,75
COFINS		

Mês/Ano	Quantidade do Consumo	Consumo médio	Dias de Faturam.	REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES
	kWh	kWh/dia		
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 CEMIG, em atendimento à Lei nº 12.007, de 29/07/09, der 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 abranjam o período em questão.
 DEZ/2021 Band. Esc. Hídrica - JAN/2022 Band. Esc. Hídrica
 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

207
 20/01



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: ISENT0

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	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	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

Handwritten signature and date: 27/04



Prefeitura Municipal de
Entre Rios de Minas



ADM: 2021 - 2024

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

252
@

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?		Ficha	
		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
Setor:	SAÚDE		
Tipo de Material/Serviço:	Cateterismo		
Destino do Material/Serviço:	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
Total:				R\$: 310,00	

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: ARIANA APARECIDA DE RESENDE
Memorando se houver:	

<p style="text-align: center;"> Franklin William Ribeiro B. Soares Secretário Municipal de Saúde Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo </p>	<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> Indeferido
	<p style="text-align: center;"> Assinatura do Prefeito </p>
<p style="text-align: center;"> Assinatura do Controle Interno </p>	<p>Protocolo N°: <u>2856</u> / <u>16</u> / <u>03</u> / <u>22</u></p> <p style="text-align: center;"> Responsável pelo Protocolo </p>

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
R

----- Forwarded message -----

De: <bj@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



Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

EMANUELLE SILVA SOUSA

Data Nasc.: 13/07/2017

Sexo: F

708 0008 8087 0729

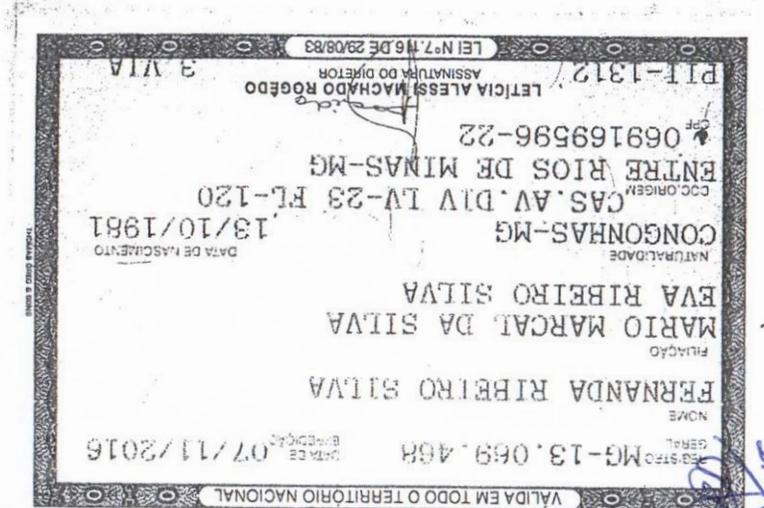


DISQUE SAÚDE 136

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



213
8



938909904

Recem 07/10/22

254

210
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/PrintArea/29545019>

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

1/2



R\$ 280,00

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.

236
D

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


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

PAIS

Raymundo Gonçalves de Sousa (falecido) e Alaide Maria da Silva Sousa

Mario Marçal da Silva e Eva Ribeiro Silva (falecida)

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NAO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

Dozeito 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

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Entre Rios de Minas-MG, 21 de julho de 2017.

Oficial: Luiz Maria Quintão

Rua Suaçui, 81 - centro

Entre Rios de Minas-MG: (31)3751-2655

PODER JUDICIÁRIO - TJMG

CORREGEDORIA - GERAL DE JUSTIÇA

Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutelas - MG

Assinatura do Oficial/Substituto

Helio Oliveira Duarte
Oficial Substituto
de Registro Civil

Selo Digital: AVA14423 - Cod. Seg.: 987.9976.1340.5835 - 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>

238



CGS-AAA-01020338

NOTA DE EMPENHO

E004585-000

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: Basei Conta: 1094-4 Cheque: debaixo

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?	Ficha	
	Fonte	102
Secretaria Requisitante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Setor:	SAÚDE	
Tipo de Material/Serviço:	MEDICAMENTOS	
Destino do Material/Serviço:	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.	

<p style="text-align: center;">P. M. Entre Rios de Minas Secretaria Municipal de Saúde CONTROLE INTERNO</p> <p>Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo</p>	(x) Deferido - () Indeferido
	<p style="text-align: center;">Assinatura do Prefeito</p>
<p style="text-align: center;">Assinatura do Controle Interno</p>	<p>Protocolo N°: <u>4159</u>, <u>19/10/22</u>.</p> <p style="text-align: center;">Responsável pelo Protocolo</p>

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
NOTA FISCAL DE VENDA AO CONSUMIDOR

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131224991458975 17/10/2022 09:56:40

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
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 0,00	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

EO03695-000

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

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: 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\$ 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: Abasul Conta: 1094.4 Cheque: deb conta

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

17/09/22



225
25/08

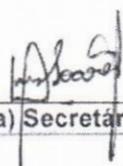
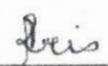
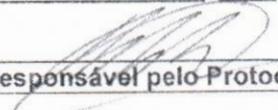
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

(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?	Ficha	
	Fonte	102
Secretaria Requisitante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Setor:	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	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: <u>3863</u> , <u>25/08/22</u> .  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: MAURICIA 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

DATA DE 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 000.002.504
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

TIPO DE OPERAÇÃO
NOTA FISCAL REF. CUPOM FISCAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL
399998970058

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

07.758.803/0001-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
MAURICIA TEODORO AZEVEDO

CNPJ / CPF
994.152.086-00

DATA DA EMISSÃO
16/08/2022

ENDEREÇO
RUA FRANCISCO MARZANO, 142

BAIRRO / DISTRITO
SANTA EFIGENIA

CEP
35490-000

DATA DA SAÍDA
16/08/2022

CIDADE
ENTRE RIOS DE MINAS

UF
MG

TELEFONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
11:11:42

CÁLCULO DO IMPOSTO

VALOR 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	0,00	500,79	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500,79

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - SEM FRETE				
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	CSC/3N	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS	ALÍQUOTA % 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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

CÓDIGO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
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 0692 4710 0071 2210), (3122 0607 7588 0300 0159 6502 8000 0692 4210 0071 2168), (3122 0607 0300 0159 6502 8000 0699 1610 0071 8903), (3122 0707 7588 0300 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	

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

conta e caixa pessoal

referente a _____

Mau Bahia
Dr. Bruno

BELO HORIZONTE: 15 de Julho 2022

Voléria

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

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: 23/02/2022

Data: 23/02/2022

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\$ 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:

Brasie

Conta:

1084.4

Cheque:

del conta

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

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

230
A

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 Especifico / Convênio Qual?		Ficha	
		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
Setor:	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.	

 Assinatura do(a) Secretário(a) com Carimbo	(<input checked="" type="checkbox"/>) Deferido - (<input type="checkbox"/>) Indeferido Assinatura do Prefeito
 Assinatura do Controle Interno	Protocolo N°: <u>9715</u> / <u>23/02/22</u> 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

NF-e
Nº 000.002.293
Série 001

DATA DE EMISSÃO: 21/02/2022
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 000.002.293
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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: NOTA FISCAL REF. CUPOM FISCAL
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 239998970058
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO
CNPJ: 07.758.803/0001-59
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 131224588605650 21/02/2022 10:22:59

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
0,00	0,00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00	0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	223,95
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO
0,00	0,00
DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS
0,00	0,00
VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	223,95

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME / RAZÃO SOCIAL
FRETE POR CONTA: 9 - SEM FRETE
CODIGO ANT
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	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
789618192863	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	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
	0,00	0,00	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: B1DED26F68FB3EFA34E43D57104AAA3
Valor aproximado dos Tributos (fonte IBPT): Federal-30,12 Estadual-16,04 Municipal-0,00
RESERVADO AO FISCO

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

232
08

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

DRE Bruno PARRERAS

BELO HORIZONTE: 18 de FEVEREIRO 20 22

Anna L PEREIRA

NOTA DE EMPENHO

FUNDO SAÚDE DE ENTRE RIOS DE MINAS - 11.940.403/0001-37

EO02983-000

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 PESSSOAS 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:087.179.076-91

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: 30/06/2022

Data: 30/06/2022

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

RECIBO 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/ve



235
AP

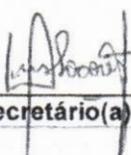
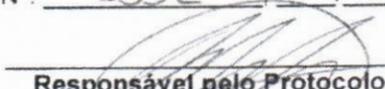
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<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?		Ficha	
		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
Setor:	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	333,83	333,83
01			Consulta com cirurgião	95,00	95,00
01			Exames laboratoriais	200,00	200,00
Total:				R\$: 628,83	

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: ARIANA APARECIDA DE RESENDE
Memorando se houver: Medicamentos utilizados após cirurgia. Paciente com processo judicial nº 5000728-46.2021.8.13.0239.	

<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>3352 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

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira 9 - Plano 10 - Validade da Carteira 11 - Nome 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante
 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

Dr. Rafael Gomes C. Barros
 Cirurgia Geral - RBE 35392
 Cirurgia Bariátrica - RBE 1903
 Cirurgia Videolaparoscópica - RBE 1903
 CRM - M.D. 56138
 - CONTROLE 2238804 -

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
 21 - Data/Hora da Solicitação 22 - Caráter da Solicitação E-Eletiva U-Urgência/Emergência 23 - CID 10 24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
CONTROLE CLINICO

25-Tabela	26- Código do Procedimento	27 - Descrição	28-Qt.Solic.	29-Qt.Autoriz.
1- <input type="text"/>	<input type="text"/>	HEMOGRAMA, GLICEMIA, UREIA, CREATININA, TRANSAMINASES, COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES,	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	TRIGLICÉRIDES, FERRITINA PTH, TSH, CALCIO IONIC, CALCIO, PROTEÍNAS FRACIONADAS,	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	ACIDO FÓLICO, VITAMINA B12, BILIRRUBINAS, VITAMINA D3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados do Contratado Executante
 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
 40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar 41 - Nome do Profissional Executante/Complementar 42 - Conselho Profissional 43 - Número no Conselho 44 - UF 45 - Código CBO S 46a - Grau de Participação

Dados do Atendimento
 46-Tipo Atendimento 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
 47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
 48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

Consulta Referência
 49 - Tipo de Doença A-Aguia C-Crônica
 50 - Tempo de Doença A-Anos M-Meses D-Dias

Procedimentos e Exames realizados

51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição	57-Qtde.	58-Via	59-Tec.	60% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série
 1 - 3 - 5 - 7 - 9 -
 2 - 4 - 6 - 8 - 10 -

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 Medicinal R\$ 71 - Total Geral da Guia R\$

65 - Data e Assinatura do Solicitante 67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 69 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 71 - Data e Assinatura do Prestador Executante

gce

Auto



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 -
LABORATÓRIO BIOMICRO
CIÊNCIAS LTDA
Avenida Major Juscelino, 934
Centro - 35.490-000
ENTRE RIOS DE MINAS - MG

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

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 09/05/2022
ENDEREÇO RUA FRANCISCO MARZANO, 142	BAIRRO / DISTRITO SANTA EFIGENIA	CEP 35490-000	DATA DA SAÍDA 09/05/2022
MUNICÍPIO ENTRE RIOS DE MINAS	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
--	--------------------

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 Valeria Teodoro Macedo

Endereço _____

CPF/CNPJ(MF) Nº _____ a importância de R\$ 95,00

doente e seus pais

referente a _____

Beleza
Dr. Bruno

BELO HORIZONTE: 30 de maio 2022

Marta

239

240
①

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

DRUGARIA SAYONARA
HAURO E. CARDOSO E CIA LTDA
RUA RIO BRUMADO 381 LOJA 01
SENHOR 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

ENTRADA 0,00

PARCELAS

09/06/2022 94,28

ASSINATURA

242
D

DROGARIA SAYONARA
MAURO I. 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
SENHOR 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

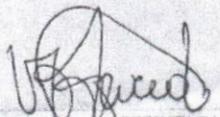
CLIENTE: 2804 - VALERIA TEODORO AZEVEDO
VENDEDOR(A): 228 - ADRIANA
VALOR DEVIDO: 662,99

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

PARCIS

09/05/2022 65,90


ASSINATURA

NOTA DE EMPENHO

EO04858-000

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: () -

Endereco: 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

AUTORIZO PAGAMENTO

Confirmo receb. do Material ou Servico.

Determino pagamento da presente despesa.

Data: 31/10/2022

Data: 31/10/2022

Visto:

ELAINE EMANUELA SILVA FERREIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CPF:087.026.696-92

Visto:

JOSE WALTER RESENDE AGUIAR
PREFEITO MUNICIPAL
CPF:087.179.076-91

RECIPO 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: Beasil 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

245
/

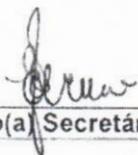
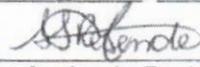
REQUISIÇÃO DE MATERIAIS E/OU SERVIÇOS

<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?		Ficha	
		Fonte	102
Secretaria Requisitante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
Setor:	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	<input checked="" type="checkbox"/> Deferido - <input type="checkbox"/> Indeferido
 Assinatura do Controle Interno	 Assinatura do Prefeito
	Protocolo N°: <u>4231</u> / <u>27/10/22</u>  Responsável pelo Protocolo

Vide parecer jurídico no verso.


04.11.2022

246
A

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

Drx. Nathalia Bianca C. de Oliveira

Fisioterapeuta
CREFITO: 4/255966-F

NATHALIA BIANCA COSTA DE OLIVEIRA
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 4/255966-F

247

CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.
 CNPJ 06.981.180/0001-16
 Inscr. Estadual 062.322135.0007
 Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1
 Santo Agostinho - CEP 30.190-131

Nota Fiscal - Conto de Energia
 Série 111
 NF 4030963
 Controlada
 3021/0038

Emissão: 11/07/2022 Impresso: 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 M

Dados de Leitura			Modalidade
Anterior	Atual	Próximo	Tarifa Con
09/06	11707	09/08	

Tipo de Medição	Informações Técnicas		Constante de Medição
	Leitura Anterior	Leitura Atual	
Energia Elétrica	3658	3778	1

Descrição	VALORES FATURADOS		Preço
	Quantidade		
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\$ 10,00
Base do Cálculo (R\$):		R\$ 11,78
ICMS	80,18	R\$ 0,75
PASEP	80,18	R\$ 0,349
COFINS		R\$ 2,00

Mês/Ano	Cit	Consumo do Cliente	Dias de Faturam.	REVISÃO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITO
	kWh	kWh/dia		Para pagar esta fatura:
JUN/2022	111	3,70	30	
MAI/2022	132	4,12	32	
ABR/2022	121	4,17	29	
MAR/2022	149	4,96	30	
FEV/2022	141	4,86	29	
JAN/2022	163	5,09	32	
DEZ/2021	140	4,82	29	
NOV/2021	147	4,90	30	
OUT/2021	182	5,87	31	
SET/2021	164	5,40	31	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-8.937.958 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/10/2018

SOBRE MARIA APARECIDA OLIVEIRA E SILVA

IRAJÁ 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

JACOELINE DE OLIVEIRA FERAZ ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7116 DE 29/08/83

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, comunicar ao Disque-Saúde.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

248
AD

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

Instituto Brasileiro de Identificação

responsável
irmã



GASPAR DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA

Rua Monte Carmelo, 180 – Floresta, Belo Horizonte - Minas Gerais – CEP: 31.015-230

vendas@gaspar distribuidora.com.br
Telefone: (31) 4102-7777

Orçamento N° 127

Emissão: 25/10/2022

Validade: 25/10/2022

249

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
					Total	R\$ 580,00

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

Vi

14.909.224/0001-25
GASPAR Distribuidora Ltda
RUA MONTE CARMELO 180 SALA 01
FLORESTA - CEP: 31.015-230
BELO HORIZONTE - MG

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 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

[Handwritten signature]

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

RECEBEMOS DE Agis Medical Produtos Hospitalares Ltda - Belo Horizonte - 05.222.267/0001-47
OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e
Nº 197519
SÉRIE 2

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR DA NOTA: 570,00

DATA DE EMISSÃO: 25/10/2022



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
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	VALOR ORIGINAL	DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
197519	570,00	0,00	570,00

DUPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	25/10/2022	570,00						

FORMA DE PAGAMENTO

FORMA PAGAMENTO	VALOR	FORMA PAGAMENTO	VALOR
Outros - Outros	570,00		

VALOR TROCO

CÁLCULO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
0,00	0,00	0,00	0,00	550,00		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALR APROX DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
20,00	0,00	0,00	0,00	0,00		570,00

TRANSPORTADOR/VOLÚMES * RANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
	REMETENTE				
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 IPI
8CN85R	SHILEY CANULA DE TRAQUEOSTOMIA FLEXIVEL REUTILIZAVEL COM BALAO 8,0MM Lr: 21G0475JZX Qnt: 1.0 Fab: 05/07/2021 Val: 05/07/2026 REG. ANVISA: 10349000516 Lr: 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 ISENTA CONF. RICMS/2002. ART. 6º ANEXO I, PARTE 13 I.
Valor aproximado dos tributos R\$: 20.81

RESERVADO AO FISCO