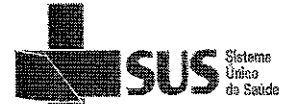


Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA
Secretaria Municipal de Saúde



PROTOCOLO GERAL

PROC. Nº 14425119
F. S. Nº 02 ASS: [assinatura]

PEDIDO DE PAGAMENTO

Barra Mansa, 22 de outubro de 2019.



Ao Sr. Secretário de Saúde

Vimos pelo presente solicitar de V.S.^a, autorização para pagamento no valor de R\$ 12.774,00 (doze mil e setecentos e setenta e quatro reais), em favor de **Med Life Hospitality Serviços Médicos Ltda**, referente ao serviço de **Remoções de pacientes em ambulâncias tipo D (UTI móvel)**, realizado em setembro de 2019 conforme conferência do fiscal da remoção dos Eventos e notas fiscais nº 124 em anexo.

Nota de Empenho: 694 (Saldo: R\$ 351.395,17)

Atenciosamente,

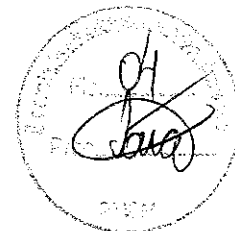
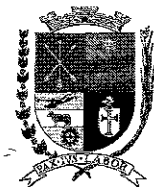

Juliana de Souza M. Ferreira
Assistente Administrativo
Mat. 26801 SMSAU/PMBM

 Prefeitura Municipal de Barra Mansa Secretaria Municipal de Fazenda Fone: (24) 2106-3472 - http://www.barramansa.rj.gov.br/				Série do Documento Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e			
MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS LTDA Rua João Batista Ferreira Luz, 48 - GALPAO - Metalúrgico CEP 27335-450 - Barra Mansa - RJ cobranca@medlifefes.com.br Inscrição Municipal 610838 - CPF/CNPJ 04.340.862/0003-86							
Identificação da Nota Fiscal Eletrônica							
Natureza da Operação Tributado no município		Data de Emissão da NFS-e 22/10/2019 13:21:41		Código de Verificação de Autenticidade 42 D7 7C			
Número do RPS	Série do RPS		Data de Emissão do RPS		Número da Nota Fiscal 124		
Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: www.issnetonline.com.br							
Dados do Tomador de Serviços							
CNPJ/CPF 36.507.127/0001-49		Inscrição Municipal 526476		Razão Social Fundo Municipal de Saude de Barra Mansa			
Endereço Rua Pinto Ribeiro			Número 65	Complemento	Bairro Centro		
CEP 27310-420		Cidade / UF Barra Mansa / RJ		Telefone (24)3322-8430	e-mail liquidacao_sms@barramansa.rj.gov.br		
Local dos Serviços							
Barra Mansa - Rio de Janeiro							
Descrição dos Serviços							
Serviços diversos em eventos, realizados no mês de Setembro de 2019.							
Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN							
Atividade do Município 21113 - Pronto Socorro			Alíquota 4,00	Item da LC116/2003 421	Cód. Nacional Atividade Econômica 8712300		
Valor Total dos Serviços R\$ 12.774,00		Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 12.774,00	Total do ISSQN R\$ 0,00	ISSQN Retido Sim	Desconto Condicionado R\$ 0,00
Retenções de Impostos							
PIS R\$ 83,03	COFINS R\$ 383,22	INSS R\$ 1.405,14	IRRF R\$ 191,61	CSLL R\$ 127,74	Outras Retenções R\$ 0,00	ISSQN R\$ 510,96	
Valor Líquido da Nota Fiscal					R\$ 10.072,30		
Informações Complementares							

Plano de contas com a
análise e serviços de fiscal
do contrato.

[Handwritten signature]
Juliana de Souza M. Ferreira
Assistente Administrativo
Mat. 26801 SMSAU/MBM

[Handwritten signature]
Juliana de Souza M. Ferreira
Assistente Administrativo
Mat. 26801 SMSAU/MBM



RELATÓRIO SMS BARRA MANSA - EVENTOS

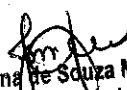
Mês de referência: Setembro/2019

Evento	Data	Tipo de Ambulância	Total de Horas	Valor
Jogo Barra Mansa	08/09/2019	UTI	06h	R\$ 1.916,10
Jogo Barra Mansa	19/09/2019	UTI	06h	R\$ 1.916,10
Torneio Leiteiro de Amparo	19/09/2019	UTI	06h	R\$ 1.916,10
Torneio Leiteiro de Amparo	20/09/2019	UTI	08h	R\$ 2.554,80
Torneio Leiteiro de Amparo	21/09/2019	UTI	08h	R\$ 2.554,80
Torneio Leiteiro de Amparo	22/09/2019	UTI	06h	R\$ 1.916,10
Total				R\$ 12.774,00

CONSIDERAÇÕES:

* O Torneio Leiteiro de Amparo se trata de um evento de grande porte com estimativa de mais de 2 mil pessoas; é uma festa aberta ao público gratuita, com exposição de gado leiteiro, shows musicais e praça de alimentação. Devido a esta circunstância, foi solicitado 1 (uma) ambulância UTI para cada dia de evento para atendimento.

* As partidas de futebol dos jogos do Barra Mansa Futebol Clube, são realizados no Estádio Leão do Sul, no bairro Colônia, nesta cidade, onde possui capacidade para até 5 mil pessoas. Esses jogos são realizados pela categoria profissional do campeonato estadual, aberto ao público e de importância no cenário futebolístico. Devido a esta circunstância e se tratar de um evento que pode ocasionar traumas, enviamos apoio da UTI para atendimento durante todo o período da partida.


Juliana de Souza M. Ferreira
Assistente Administrativo
Mat. 26801 SMSAU/PMBM

Volta Redonda, 02 de outubro de 2019

A

Secretaria de Saúde

Setor de faturamento

EVENTOS

Segue o valor referente ao fechamento da competência 09/2019 no valor de R\$ 12819,00

12.774,00

Responsável pela entrega: Amanda Ferreira Pedro

Data de entrega: 02/10/2019

Responsável pelo recebimento:

Data de recebimento:

Base Rio de Janeiro

📍 Avenida Pastor Martin Luther King Jr. nº 126
Salas 122 e 123 - Ed. Office 2000 - Shopping Nova América
Del Castilho - Rio de Janeiro/RJ - CEP 22765-000
☎ (21) 3988-2880

Base Volta Redonda

📍 Rua 209 nº 13 - Conforto
Volta Redonda/RJ
CEP 27263-505
☎ (24) 2107-1300



/medliferj

www.medlifesos.com.br

ANEXO 09
IT FAT 01

RELATÓRIO DE FATURAMENTO DE REMOÇÕES



Volta redonda, de de

CONVÊNIO: SMS BARRA MANSÁ - EVENTO

SEGUIE ESPELHO DE REMOÇÕES NO PERÍODO DE 01/09/2019 À 30/09/2019.

N° DA REMOÇÃO	DATA	PACIENTE	ORIGEM / DESTINO	COD. CART.	TIPO DE ATENDIMENTO:		VALOR
					AUTORIZAÇÃO	SENHA	
							COM MÉDICO E SEM MÉDICO
6287702074	08/09/2019	EVENTO JOGOS CAMPO LEÃO DO SUL - (COM MÉDICO)	ESTR. GOV. CHAGAS FREITAS - COLÔNIA SANTOS ANTONIO - BARRA MANSÁ - RIO DE JANEIRO/				1.916,10
7785065980	19/09/2019	EVENTO -- JOGO BARRA MANSÁ - (COM MÉDICO)	CAMPO LEÃO DO SUL - BARRA MANSÁ /				1.916,10
3823563372	19/09/2019	EVENTO TORNEIO LEITEIRO DE AMPARO - (COM MÉDICO)	TORNEIO LEITEIRO DE AMPARO /				1.961,10
8991860847	20/09/2019	EVENTO TORNEIO LEITEIRO AMPARO - (COM MÉDICO)	AMPARO - BARRA MANSÁ /				2.554,80
1169802330	21/09/2019	EVENTO TORNEIO LEITEIRO EM AMPARO - (COM MÉDICO)	AMPARO -- TORNEIO LEITEIRO / H. DO RETIRO / UPA - BARRA MANSÁ				2.554,80
0107239199	22/09/2019	EVENTO TORNEIO LEITEIRO AMPARO - (COM MÉDICO)	AMPARO - BARRA MANSÁ /				1.916,10

Total: 12.819,00

Quantidade: 6

Faturamento
Med Life
A saúde até você
(24) 2107-1301
faturamento@medlifesos.com.br



ANEXO 08

IT FAT 01

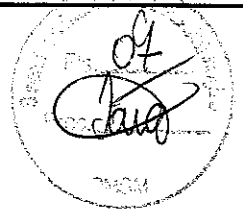
RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MED LIFE
FARMACIA

SMS BARRA MANSA - EVENTO

REMOÇÃO: 6287702074
 PACIENTE: EVENTO JOGOS CAMPO LEÃO DO SUL
 DATA DA REMOÇÃO: 08/09/2019
 AUTORIZAÇÃO:
 INTERCAMBIO:

SENHA:



DADOS DA REMOÇÃO

ORIGEM (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO
 ORIG. DO PACIENTE: ESTR. GOV. CHAGAS FREITAS - - - COLONIA SANTOS ANTONIO - BARRA MANSA - RIO DE JANEIRO
 DESTINO 02:
 DESTINO 03:
 DESTINO 04:

COD BENEFICIÁRIO			
HR SAÍDA:	11:25:00	HR RETORNO:	17:40:00
KM SAÍDA	116461	KM RETORNO:	116493

OBSERVAÇÃO:

EVENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIA. //ENF CATLEN COREN 487513MEDICA JANIANA CRM 52718130

TAXAS:

DADOS PARA FATURAMENTO

Com médico: COM MEDICO Total KM: 32 Horas: 06:15:00

Sub-Total Material e Medicamentos: TOTAL: 1.916,10
 Aditivo:

VOLTA REDONDA, 02 DE OUTUBRO DE 2019.

MED LIFE A Saúde Até Você

Faturamento
 Américo F. Pedro
 FATURAMENTO E COBRANÇA

C.R. LIMONGE DE OLIVEIRA REMOÇÕES MÉDICAS

CNPJ: 04.340.862/0001-14 - Rua 209, n 13 - Conforto - Volta Redonda - RJ - CEP: 27263-505 - Insc. Municipal: 524.46824
 Insc. Estadual: - TEL: (24) 3342-1242 - 3343-8124 - 3343 - 1246

ANEXO 13

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

Nº 6287702074

MEDICINA
[Signature]

IT CAT 01

PROCEDIMENTO: EVENTO

TIPO DE PROCEDIMENTO: COM MEDICO

DATA:

08/09/2019

HR DA CHAM: 10:37:00

TÉRMINO DA CHAMADA: 10:38:10

ISABELA DO NASCIMENT

NOME DO PACIENTE: EVENTO JOGOS CAMPO LEÃO DO SUL

LOGRADOURO: ESTR. GOV. CHAGAS FREITAS

NÚMERO ---/--

COMPLEMENTO: ---/--

IDADE:

BAIRRO:

COLONIA SANTOS ANTONIO

CIDADE: BARRA MANSA

ESTADO:

RIO DE JANEIRO

TELEFONE:

REFERENCIA

PESO:

ALTURA:

TIPO:

OBSTACULO:

SENHA:

AUT:

VALOR:

COD DA CARTEIRINHA:

CONVENIO: SECRETARIA SAUDE BM

QUEIXA PRINCIPAL:

ORIGEM: (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO

HR. CHAMADA |=> _____ HR. SAIDA BASE |=> 11:25 KM SAIDA BASE |=> 116461

DESTINO1: ESTR. GOV. CHAGAS FREITAS - - - COLONIA SANTOS ANTONIO - BARRA MANSA - RIO DE JANEIRO

HR. CHEGADA |=> 11:38 HR. SAIDA |=> 17:15 KM. CHEGADA |=> 116475

DESTINO2:

HR. CHEGADA |=> _____ HR. SAIDA |=> _____ KM. CHEGADA |=> _____

DESTINO3:

HR. CHEGADA |=> _____ HR. SAIDA |=> _____ KM. CHEGADA |=> _____

DESTINO4: Base

HR. CHEGADA |=> 17:40 HR. SAIDA |=> 17:15 KM. CHEGADA |=> _____
KM CHEGADA NA BASE: |=> 116493

MEDICOS / TECNICOS / AUX.

Motorista Ass *[Signature]*



MOTORISTA / VEICULO / ORIGEM

LEONARDO DE PAULA SANTANA

UTI 45--JUMPER--2010

ENFERMAGEM

Realizado um atendimento. Utilizada 1 amp. bromoprida, captopril 50mg, 1 SF. 100 ml; 3 seringas 10cc, digox, 3 agulhas 40x12; 1 amp. tramal; 1 ampola dipirona, 1 comp. dipirona. Sem mais.

[Signature]
Caitlen Clícia de Melo Carvalho

Enfermeira
COREN-RJ: 487.513

Assinatura e carimbo da enfermagem

[Signature]
Ass e carimbo do médico

À SMS-BM.

Declaro para os devidos fins que a Dr(a) JANAINA MAURO PEREIRA

CPF 080720067-03, CRM-RJ 5271813-0

realizou atendimento médico como médico(a) plantonista em UTI móvel no dia 08 de 09 de 2019, de 11 h 38 às 17h 15. Trata-se de Suporte de UTI móvel no jogo de futebol do Barra Mansa Futebol Clube, onde não houve atendimento médico e por isso não existe relatório médico de atendimento.

Vredonda, 08 de setembro de 20 19

Dr. Janaina Mauro
Médica
CRM-RJ 5271813-0



Assinatura e Carimbo Médico

Data: _____ Hora: _____ Motivo: ADU Exame Transferência Evento Outros
 Nome do Paciente: _____
 Idade: _____ Sexo: F M Peso: _____
 Hospital (Local) de Origem: _____ Hospital (Local) de Destino: _____

Diagnósticos

Antecedentes:

Alergia medicamentosa:

EXAME FÍSICO

1. ECTOSCOPIA
 Corado Ictérico (____/ +6) Acianótico
 Hipocorado (____/ +4) Hidratado Desidratado
 Cianose: Central Periférico Anictérico

2. EXAME NEUROLÓGICO
 ECG ____ (AO ____ / RV ____ / RM ____)
 Sedação: Sim Não Síndrome Demencial: Moderada Avançada
 Escala Ramsay _____ Pupilas _____
 Déficit Motor _____

3. ACV
 RCR _____ 2 T _____ Sopros _____
 RCI _____ 3 T _____ PA: 160 X 100
 Bulhas _____ 4 T _____ FC: 89

4. AR
 Espontâneo V.M. Preservado Estertores _____
 Macronebulização VNI Diminuído _____ Sibilos _____
 Cateter O2 TQT Roncos _____ Sato 2 97

5. ABDOME
 Flácido Distendido Peristalse _____ Descompressão Dolorosa
 Massas Palpáveis _____

Dieta: Oral Enteral: Cânula / Gástrica / Entérica Periférico Parenteral

6. MEMBROS INFERIORES
 Panturrilhas limas Edema (+____/ +4) Pulso Palpável _____

OBITO
 Não Sim Antes do início do atendimento Após o início do atendimento
 Na ambulância À entrada do hospital

Evolução:
 encaminhado a UPA pela UTI mobil
 municeps BM

Prescrição: 1) SFD 19% 100ml (17) 2) captopril 25 mg 1 cp (17) 3) Bromoprida 10mg 1 amp (17) 1 amp (17)
 + tramal 1 amp

Assinatura e carimbo do médico da Med Life: _____ Assinatura e carimbo do médico do Recebedor: _____

ANEXO 08

IT FAT 01

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MED LIFE

SMS BARRA MANSA - EVENTO

REMOÇÃO: 7785065980
 PACIENTE: EVENTO -- JOGO BARRA MANSA
 DATA DA REMOÇÃO: 19/09/2019
 AUTORIZAÇÃO:
 INTERCAMBIO:

SENHA:

DADOS DA REMOÇÃO

ORIGEM (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO
 ORIG. DO PACIENTE: CAMPO LEAO DO SUL - BARRA MANSA
 DESTINO 02:
 DESTINO 03:
 DESTINO 04:

COD BENEFICIÁRIO			
HR SAÍDA:	12:52:00	HR RETORNO:	17:50:00
KM SAÍDA	31621	KM RETORNO:	31661

OBSERVAÇÃO:
 EVENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIA .//ENFERMEIRA CATLLEN COREN 487513MEDICO LUCAS CRM 521110616

TAXAS:

DADOS PARA FATURAMENTO

Com médico: COM MEDICO Total KM: 40 Horas: 04:58:00

Sub-Total Material e Medicamentos: Aditivo: TOTAL: 1.916,10

VOLTA REDONDA, 02 DE OUTUBRO DE 2019.

MED LIFE A Saúde Até Você

Faturamento

FATURAMENTO E COBRANÇA

C.R. LIMONGE DE OLIVEIRA REMOÇÕES MÉDICAS

CNPJ: 04.340.862/0001-14 - Rua 209, n 13 - Conforto - Volta Redonda - RJ - CEP: 27263-505 - Insc. Municipal: 524.46824
 Insc. Estadual: - TEL: (24) 3342-1242 - 3343-8124 - 3343 - 1246

ANEXO 13

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

Nº 7785065980

MEDIC LIFE

IT CAT 01

PROCEDIMENTO: EVENTO

TIPO DE PROCEDIMENTO: COM MEDICO

DATA: 19/09/2019

HR DA CHAM: 08:08:00

TÉRMINO DA CHAMADA: 08:09:46

ISABELA DO NASCIMENT

NOME DO PACIENTE: EVENTO -- JOGO BARRA MANSA

LOGRADOURO: CAMPO LEAO DO SUL

NUMERO --/--

COMPLEMENTO: --/--

IDADE:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

TELEFONE:

REFERENCIA

PESO:

ALTURA:

TIPO:

OBSTACULO:

SENHA:

AUT:

VALOR:

COD DA CARTEIRINHA:

CONVENIO: SECRETARIA SAUDE BM

QUEIXA PRINCIPAL

ORIGEM: (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO

HR. CHAMADA, |=> 12:50 HR. SAIDA BASE |=> 12:52 KM SAIDA BASE |=> 31621

DESTINO1: CAMPO LEAO DO SUL - BARRA MANSA

ESTR. GOV. CHAGAS FREITAS - COLONIA SANTO ANTONIO, BARRA MANSA - RJ, 27353-000

HR. CHEGADA |=> 13:37 HR. SAIDA |=> 13:20 KM. CHEGADA |=> 31637

DESTINO2:

HR. CHEGADA |=> HR. SAIDA |=> KM. CHEGADA |=>

DESTINO3:

HR. CHEGADA |=> HR. SAIDA |=> KM. CHEGADA |=>

DESTINO4: Base

HR. CHEGADA |=> 17:50 HR. SAIDA |=> KM. CHEGADA |=> KM CHEGADA NA BASE: |=> 31663

MEDICOS / TECNICOS / AUX

Motorista Ass. Julio Cesar



MOTORISTA / VEICULO / ORIGEM

RECEPCIONISTA

MOTORISTA

ENFERMAGEM

MÉDICO

Maria Caroline

Julio Cesar

Catllen

Lucas

ENFERMAGEM

Não houve atendimento durante o evento. Dem mais.

Catllen C. de Melo Carvalho Enfermeira COREN-RJ: 487.513

Lucas Pereira de Carvalho MÉDICO CRM RJ 52-111061-6

Assinatura e carimbo da enfermagem

Ass e carimbo do médico

EU, DUCAS PEREIRA DE CARVALHO PORTADOR (A) DO CRM 52-111061-6 E DO
CPF 08584091644, DECLARO QUE COMPARECI AO EVENTO JOGO Bn FC
EXERCENDO A FUNÇÃO DE MEDICO (A) EM ATENDIMENTOS PRÉ HOSPITALARES QUE
OCORREU NO PERÍODO DE 13:00 AS 18:00.

VOLTA REDONDA, 19 DE SETEMBRO DE 2019.

Ducas Pereira De Carvalho

Base Rio de Janeiro

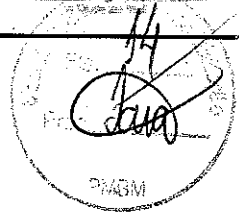
📍 Avenida Pastor Martin Luther King Jr. nº 126
Salas 122 e 123 - Ed. Office 2000 - Shopping Nova América
Del Castilho - Rio de Janeiro/RJ - CEP 22765-000
☎ (21) 3988-2880

Base Volta Redonda

📍 Rua 209 nº 13 - Conforto
Volta Redonda/RJ
CEP 27263-505
☎ (24) 2107-1300



SMS BARRA MANSA - EVENTO



REMOÇÃO: 3823563372
PACIENTE: EVENTO TORNEIO LEITEIRO DE AMPARO
DATA DA REMOÇÃO: 19/09/2019
AUTORIZAÇÃO:
INTERCAMBIO:

SENHA:

DADOS DA REMOÇÃO

ORIGEM (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO
ORIG. DO PACIENTE: TORNEIO LEITEIRO DE AMPARO
DESTINO 02:
DESTINO 03:
DESTINO 04:

COD BENEFICIÁRIO			
HR SAÍDA:	18:59:00	HR RETORNO:	00:56:00
KM SAÍDA	31661	KM RETORNO:	31725

OBSERVAÇÃO:
EVENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIA MEDICA JANAINA MAURO PEREIRA CRM 52718130

TAXAS:

DADOS PARA FATURAMENTO

Com médico: COM MEDICO Total KM: 64 Horas: -01:08:00

Sub-Total Material e Medicamentos: Aditivo: TOTAL: 1.961,10 *1.916,10*

VOLTA REDONDA, 02 DE OUTUBRO DE 2019.

MED LIFE A Saúde Até Você
 Faturamento
Amanda F. Pedro
 FATURAMENTO E COBRANÇA

C.R. LIMONGE DE OLIVEIRA REMOÇÕES MÉDICAS
 CNPJ: 04.340.862/0001-14 - Rua 209, n 13 - Conforto - Volta Redonda - RJ - CEP: 27263-505 - Insc. Municipal: 524.46824
 Insc. Estadual: - TEL: (24) 3342-1242 - 3343-8124 - 3343 -1246

ANEXO 13

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

Nº 3823563372

MEDIC LIFE 15

IT CAT 01

PROCEDIMENTO: EVENTO

TIPO DE PROCEDIMENTO: COM MEDICO

DATA:
19/09/2019

HR DA CHAM: 18:35:00

TÉRMINO DA CHAMADA: 18:36:25

ISABELA DO NASCIMENT

NOME DO PACIENTE: EVENTO -- TORNEIO LEITEIRO DE AMPARO

LOGRADOURO:

NÚMERO --/--

COMPLEMENTO: --/--

IDADE:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

TELEFONE:

REFERENCIA

PESO:

ALTURA:

TIPO:

OBSTACULO:

SENHA:

AUT:

VALOR:

COD DA CARTEIRINHA:

CONVENIO: SECRETARIA SAUDE BM

QUEIXA PRINCIPAL:

ORIGEM: (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO

HR. CHAMADA |=> _____ HR. SAIDA BASE |=> 18:59 KM SAIDA BASE |=> 31661

DESTINO1: TORNEIO LEITEIRO DE AMPARO

HR. CHEGADA |=> 19:53 HR. SAIDA |=> 00:08 KM. CHEGADA |=> 31692

DESTINO2:

HR. CHEGADA |=> _____ HR. SAIDA |=> _____ KM. CHEGADA |=> _____

DESTINO3:

HR. CHEGADA |=> _____ HR. SAIDA |=> _____ KM. CHEGADA |=> _____

DESTINO4:

HR. CHEGADA |=> 00:56 HR. SAIDA |=> _____ KM. CHEGADA |=> _____
KM CHEGADA NA BASE: |=> 31725

MÉDICOS / TÉCNICOS / AUX.

Motorista Ass.

LEANDRO LEONARDO

TÉCNICO



MOTORISTA / VEICULO / ORIGEM

ANDRE BRAGA

--UTI-81--MASTER--2018--

ENFERMAGEM

Realizada venda torneio leiteiro, cidade Ma Serrana do enfase, distributa para nossa sem interesse

Leonardo L. Januário
Téc. Enfermagem
CONEN-RJ 744669

Assinatura e carimbo da enfermagem

Ass e carimbo do médico

EU, JANAINA MAURO PEREIRA PORTADOR (A) DO CRM 52718130 E DO
CPF 8072006703, DECLARO QUE COMPARECI AO EVENTO TORNEIO DE LETEIRO DE AMPARO
EXERCENDO A FUNÇÃO DE MÉDICO (A) EM ATENDIMENTOS PRÉ HOSPITALARES QUE
OCORREU NO PERÍODO DE 19:53 AS 00:08.

VOLTA REDONDA, 19 DE SETEMBRO DE 2019.


Dr. Janaina Mauro
Médica
CRM 52718130

ANEXO 08

IT FAT 01

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO



SMS BARRA MANSA - EVENTO

REMOÇÃO: 8991860847
 PACIENTE: EVENTO TORNEIO LEITEIRO AMPARO
 DATA DA REMOÇÃO: 20/09/2019
 AUTORIZAÇÃO:
 INTERCAMBIO:

SENHA:



DADOS DA REMOÇÃO

ORIGEM (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO
 ORIG. DO PACIENTE: AMPARO - BARRA MANSA
 DESTINO 02:
 DESTINO 03:
 DESTINO 04:

COD BENEFICIÁRIO			
HR SAÍDA:	19:31:00	HR RETORNO:	04:44:00
KM SAÍDA	31856	KM RETORNO:	31920

OBSERVAÇÃO:

EVENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIA .//MEDICO JANAINA MAURO PEREIRA CRM 52718130

TAXAS:

DADOS PARA FATURAMENTO

Com médico: COM MEDICO Total KM: 64 Horas: -01:04:00
 Sub-Total Material e Medicamentos: - TOTAL: 2.554,80
 Aditivo:

VOLTA REDONDA, 02 DE OUTUBRO DE 2019.

MED LIFE A Saúde Até Você

FATURAMENTO E COBRANÇA

C.R. LIMONGE DE OLIVEIRA REMOÇÕES MÉDICAS

CNPJ: 04.340.862/0001-14 - Rua 209, n 13 - Conforto - Volta Redonda - RJ - CEP: 27263-505 - Insc. Municipal: 524.46824
 Insc. Estadual: - TEL: (24) 3342-1242 - 3343-8124 - 3343 - 1246

013

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

Nº 8991860847

MEDICUS LIFE

AT 01

PROCEDIMENTO: EVENTO

TIPO DE PROCEDIMENTO: COM MEDICO

DATA:
20/09/2019

HR DA CHAM: 17:59:00

TÉRMINO DA CHAMADA: 18:00:09

ISABELA DO NASCIMENT

NOME DO PACIENTE: EVENTO TORNEIO LEITEIRO AMPARO

LOGRADOURO: AMPARO

NUMERO --/--

COMPLEMENTO: --/--

IDADE:

BAIRRO:

CIDADE: BARRA MANSA

ESTADO:

TELEFONE:

REFERENCIA

PESO:

ALTURA:

TIPO:

OBSTACULO:

SENHA:

AUT:

VALOR:

COD DA CARTEIRINHA:

CONVÊNIO: SECRETARIA SAUDE BM

QUEIXA PRINCIPAL:

ORIGEM: (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO
 HR. CHAMADA |=> _____ HR. SAIDA BASE |=> 19:31 KM SAIDA BASE |=> 3/856

DESTINO1: AMPARO - BARRA MANSA

HR. CHEGADA |=> 20:31 HR. SAIDA |=> 04:02 KM. CHEGADA |=> 3/888

DESTINO2:

HR. CHEGADA |=> HR. SAIDA |=> KM. CHEGADA |=>

DESTINO3:

HR. CHEGADA |=> HR. SAIDA |=> KM. CHEGADA |=>

DESTINO4:

HR. CHEGADA |=> 04:44 HR. SAIDA |=> 04:02 KM. CHEGADA |=>
 KM CHEGADA NA BASE: |=> 3/920

MÉDICOS / TÉCNICOS / AUX.

Motorista Ass. Leonardo

INGLEN FERNANDES SANTANNA

TÉCNICO



MOTORISTA / VEICULO / ORIGEM

RECEPCIONISTA

MOTORISTA

ENFERMAGEM

MÉDICO

Leonardo

Inglor

—


ENFERMAGEM

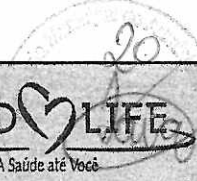
Realizado evento, com apenas 2 atendimentos,
 sem demais intercorrências.

20/09/2019

EU, JANAINA MAURO PEREIRA PORTADOR (A) DO CRM 5271813-0 E DO
CPF 08072006103 DECLARO QUE COMPARECI AO EVENTO TORNEIO LETEIRO DE EMPARO
EXERCENDO A FUNÇÃO DE MÉDICO (A) EM ATENDIMENTOS PRÉ HOSPITALARES QUE
OCORREU NO PERÍODO DE 20:31 AS 04:02.

20 DE SETEMBRO
VOLTA REDONDA, 16 DE JUNHO DE 2019.

Dra Janaina Mauro
Médica
CRM 5271813-0




Anexo 03
IT MED 01
Relatório de Atendimento Médico

Data: 20/09/19 Hora: 21:29 Motivo: ADU Exame Transferência Evento Outros

Nome do Paciente: *Jaqueline Matias*

Idade: 43 Sexo: F M Peso:

Hospital (Local) de Origem: Hospital (Local) de Destino:

Diagnósticos

gastroenterite

Antecedentes:

Alergia medicamentosa: *Ø*

EXAME FÍSICO

1. ECTOSCOPIA

Corado Hipocorado (___/+4) Cianose: Central Periférico Ictérico (___/+6) Hidratado Anictérico Acianótico Desidratado

2. EXAME NEUROLÓGICO

ECG ___ (AO ___/RV ___/RM ___) Sedação: Sim Não Escala Ramsay ___ Síndrome Demencial: Moderada Avançada Pupilas Déficit Motor

3. ACV

RCR ___ RCI ___ Bulhas ___ 2 T ___ 3 T ___ 4 T ___ Sopro ___ PA: ___ FC: ___

4. AR

Espontâneo Macronebulização Cateter 02 V.M. VNI TQT Preservado Diminuído ___ Roncos Estertores ___ Sibilos ___ Sato 2 ___

5. ABDOME

Flácido Distendido Massas Palpáveis ___ Peristalse ___ Descompressão Dolorosa

Dieta: Oral Enteral: Cânula / Gástrica / Entérica Periférico Parenteral

6. MEMBROS INFERIORES

Panturrilhas ___ Edema (+ ___/+4) Pulso Palpável ___

ÓBITO

Não Sim Antes do início do atendimento Após o início do atendimento Na ambulância À entrada do hospital

Evolução: *melhora clínica*

Prescrição: *11:11 Maxipro 1g/100 (IM) + Plavix 150mg (IM)*

ANEXO 08

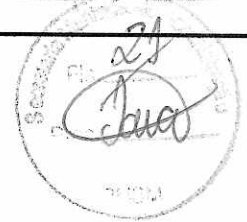
IT FAT 01

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MED LIFE

SMS BARRA MANSA - EVENTO

REMOÇÃO: 1169802330
 PACIENTE: EVENTO TORNEIO LEITEIRO EM AMPARO
 DATA DA REMOÇÃO: 21/09/2019
 AUTORIZAÇÃO:
 INTERCAMBIO: SENHA:



DADOS DA REMOÇÃO

ORIGEM (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO
 ORIG. DO PACIENTE: AMPARO -- TORNEIO LEITEIRO
 DESTINO 02: H.DO RETIRO
 DESTINO 03: UPA - BARRA MANSA
 DESTINO 04:

COD BENEFICIÁRIO	
HR SAÍDA:	18:53:00
HR RETORNO:	05:05:00
KM SAÍDA	31921
KM RETORNO:	31991

OBSERVAÇÃO:

EVENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIA. //MEDICO PAULO LUNA CRM 5201126067

TAXAS:

DADOS PARA FATURAMENTO

Com médico: COM MEDICO Total KM: 70 Horas: -01:03:00
 Sub-Total Material e Medicamentos: TOTAL: 2.554,80
 Aditivo:

VOLTA REDONDA, 02 DE OUTUBRO DE 2019.

MED LIFE A Saúde Até Você
 Faturamento
 Ambrósio I. Pedro
 FATURAMENTO E COBRANÇA

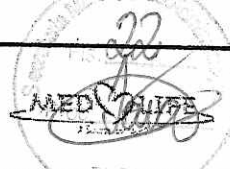
C.R. LIMONGE DE OLIVEIRA REMOÇÕES MÉDICAS

CNPJ: 04.340.862/0001-14 - Rua 209, n 13 - Conforto - Volta Redonda - RJ - CEP: 27263-505 - Insc. Municipal: 524.46824
 Insc. Estadual: - TEL: (24) 3342-1242 - 3343-8124 - 3343 - 1246

ANEXO 13

RÉLATÓRIO DE ATENDIMENTO

Nº 1169802330



IT CAT 01

PROCEDIMENTO: EVENTO

TIPO DE PROCEDIMENTO: COM MEDICO

DATA: 21/09/2019

HR DA CHAM: 17:11:00

TÉRMINO DA CHAMADA: 17:22:41

SUSYANA OLIVEIRA CHA

NOME DO PACIENTE: EVENTO -- TORNEIO LEITEIRO EM AMPARO

LOGRADOURO:

NUMERO --/--

COMPLEMENTO: --/--

IDADE:

BAIRRO:

ESTADO:

CIDADE:

REFERENCIA

TELEFONE:

PESO:

ALTURA:

TIPO:

OBSTACULO:

SENHA:

AUT:

VALOR:

COD DA CARTEIRINHA:

CONVENIO: SECRETARIA SAUDE-BM

QUEIXA PRINCIPAL:

ORIGEM: (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO
HR. CHAMADA |=> 18:52 HR. SAIDA BASE |=> 18:53 KM SAIDA BASE |=> 31921

DESTINO1: AMPARO -- TORNEIO LEITEIRO

HR. CHEGADA |=> 19:40 HR. SAIDA |=> 3:40 KM. CHEGADA |=> 31947

DESTINO2: Hospital de Retiro - Volta Redonda

HR. CHEGADA |=> 4:10 HR. SAIDA |=> 4:13 KM. CHEGADA |=> 31969

DESTINO3: UPA - BARRA MANSA

HR. CHEGADA |=> 4:30 HR. SAIDA |=> 4:47 KM. CHEGADA |=> 31981

DESTINO4:

HR. CHEGADA |=> 5:05 HR. SAIDA |=> KM. CHEGADA |=> 00:00:00
KM CHEGADA NA BASE: |=> 0 31991

MÉDICOS / TÉCNICOS / AUX.

JAIRO LIMA DE SOUZA JUNIOR

TÉCNICO

Motorista Ass.



Medico Dr Paulo Lima

MOTORISTA / VEICULO / ORIGEM

THALISON SANDIM CORREA

--UTI-81--MASTER--2018--

Rec. enfermeira Mauci Caroline

ENFERMAGEM

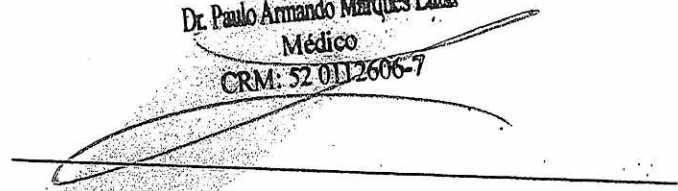
NO DECORRER DO EVENTO HOUVERAM DIVERSOS ATENDIMENTOS NO LOCAL EM GRANDE MAIORIA COM RECURSOS DA PMBM. PRÓXIMO AO HORÁRIO DE TÉRMINO REALIZAM REFEIÇÃO DE DOIS PACIENTES POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA, DO HMMR E UPA-BM RESPECTIVAMENTE, SEM MAIS INTERFERÊNCIAS.

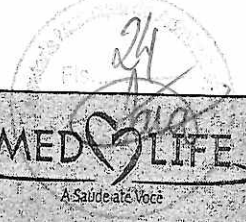
Assinatura e carimbo da enfermagem

EU, PAULO ARMANDO MARQUES LUNA PORTADOR (A) DO
CRM 52-0112606-7 E DO CPF 154459467-0, DECLARO QUE
COMPARECI AO EVENTO
TOURNEIO LETREIRO DE AMBAND EXERCENDO A
FUNÇÃO DE MÉDICO (A) EM ATENDIMENTOS PRÉ HOSPITALARES QUE OCORREU NO
PERÍODO DE 20:00 AS 04:00.

VOLTA REDONDA, 21 DE SETEMBRO DE 2019.

Dr. Paulo Armando Marques Luna
Médico
CRM: 52 0112606-7





Anexo 03

IT MED 01

Relatório de Atendimento Médico

Data: _____ Hora: _____ Motivo: ADU Exame Transferência Evento Outros

Nome do Paciente: GILBERTO DA SILVA PEIXOTE

Idade: _____ Sexo: F M Peso: _____

Hospital (Local) de Origem: _____ Hospital (Local) de Destino: _____

Diagnósticos

INTOXICAÇÃO EXÓGENA
TADUICAÇÃO SINUSAL

Antecedentes: _____

Alergia medicamentosa: NENHUMA

EXAME FÍSICO

1. ECTOSCOPIA

Corado Hipocorado (_____/+4) Cianose: Central Periférico Ictérico (_____/+6) Hidratado Anictérico Acianótico Desidratado

2. EXAME NEUROLÓGICO

ECG ____ (AO ____ / RV ____ / RM ____) Síndrome Demencial: Moderada Avançada Sedação: Sim Não Pupilas Escala Ramsay _____ Déficit Motor

3. ACV

RCR _____ RCI _____ Bulhas _____ 2 T _____ 3 T _____ 4 T _____ Sopro PA: 110x90mmHg FC: 132 bpm

4. AR

Espontâneo Macronebulização Cateter O2 V.M. VNI TQT Preservado Diminuído _____ Roncos Estertores _____ Sibilos _____ Sato 2 _____

5. ABDOME

Flácido Distendido Peristalse PRESENTE Descompressão Dolorosa Massas Palpáveis _____

Dieta: Oral Enteral: Cânula / Gástrica / Entérica Periférico Parenteral

6. MEMBROS INFERIORES

Panturrilhas UNES Edema (+_____/+4) Pulso Palpável _____

ÓBITO

Não Sim Antes do início do atendimento Após o início do atendimento Na ambulância À entrada do hospital

Evolução: PA: 110x90mmHg
FC: 132 bpm

Prescrição: ADULTO



Anexo 03
IT MED 01
Relatório de Atendimento Médico

Data: _____ Hora: _____ Motivo: ADU Exame Transferência Evento Outros

Nome do Paciente: VIVIANE DA SILVA COSTA

Idade: 23 Sexo: F M Peso: _____

Hospital (Local) de Origem: _____ Hospital (Local) de Destino: UPA - SM

Diagnósticos

Antecedentes: INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Alergia medicamentosa: _____

EXAME FÍSICO

1. ECTOSCOPIA

Corado Hipocorado (____/+4) Cianose: Central Periférico Ictérico (____/+6) Hidratado Anictérico Acianótico Desidratado

2. EXAME NEUROLÓGICO

ECG ____ (AO ____ / RV ____ / RM ____) Síndrome Demencial: Moderada Avançada Sedação: Sim Não Pupilas Escala Ramsay _____ Déficit Motor

3. ACV

RCR _____ RCI _____ Bulhas _____ 2 T _____ 3 T _____ 4 T _____ Sopro _____ PA: 120x90 mmHg FC: 86 bpm

4. AR

Espontâneo Macronebulização Cateter O2 V.M. VNI TQT Preservado Diminuído _____ Roncos Estertores _____ Sibilos _____ Sato 2 _____

5. ABDOME

Flácido Distendido Peristalse PRESENTE Descompressão Dolorosa Massas Palpáveis _____

Dieta: Oral Enteral: Cânula / Gástrica / Entérica Periférico Parenteral

6. MEMBROS INFERIORES

Panturrilhas UNUS Edema (+____/+4) Pulso Palpável _____

ÓBITO

Não Sim Antes do início do atendimento Após o início do atendimento Na ambulância À entrada do hospital

Evolução: _____

Prescrição: _____

Anexo 03

IT MED 01

Relatório de Atendimento Médico



Data: _____ Hora: _____ Motivo: ADU Exame Transferência Evento Outros

Nome do Paciente: JUNENGA MARTINS SOARES

Idade: _____ Sexo: F M Peso: _____

Hospital (Local) de Origem: _____ Hospital (Local) de Destino: _____

Diagnósticos

PILO HIPERTENSIVO

CRISE DE ANSIEDADE

Antecedentes: _____

Alergia medicamentosa: NEGA

EXAME FÍSICO

1. ECTOSCOPIA

Corado Ictérico (_____/+6) Acianótico
 Hipocorado (_____/+4) Hidratado Desidratado
 Cianose: Central Periférico Anictérico

2. EXAME NEUROLÓGICO

ECG ____ (AO ____ / RV ____ / RM ____) Síndrome Demencial: Moderada Avançada
 Sedação: Sim Não Pupilas
 Escala Ramsay _____ Déficit Motor

3. ACV

RCR _____ 2 T _____ Sopros
 RCI _____ 3 T _____ PA: 40x110 mmHg
 Bulhas _____ 4 T _____ FC: 80 bpm

4. AR

Espontâneo V.M. Preservado Estertores _____
 Macronebulização VNI Diminuído _____ Sibilos _____
 Cateter O2 TQT Roncos Sato 2 _____

5. ABDOME

Flácido Distendido Peristalse PRESENTE Descompressão Dolorosa
 Massas Palpáveis _____

Dieta: Oral Enteral: Cânula / Gástrica / Entérica Periférico Parenteral

6. MEMBROS INFERIORES

Panturrilhas LVAS Edema (+_____/+4) Pulso Palpável _____

ÓBITO

Não Sim Antes do início do atendimento Após o início do atendimento
 Na ambulância À entrada do hospital

Evolução: _____

PA: 120 x 80 mmHg

Prescrição: _____

Medicação 10 - ...

ANEXO 08

IT FAT 01

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MED LIFE

SMS BARRA MANSA - EVENTO

REMOÇÃO: 0107239199
 PACIENTE: EVENTO TORNEIO LEITEIRO AMPARO
 DATA DA REMOÇÃO: 22/09/2019
 AUTORIZAÇÃO:
 INTERCAMBIO:

SENHA:

DADOS DA REMOÇÃO

ORIGEM (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO
 ORIG. DO PACIENTE: AMPARO - BARRA MANSA
 DESTINO 02:
 DESTINO 03:
 DESTINO 04:

COD BENEFICIÁRIO			
HR SAÍDA:	17:05:00	HR RETORNO:	01:05:00
KM SAÍDA	31998	KM RETORNO:	32054

OBSERVAÇÃO:

EVENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIA. //MEDICO RAFAEL CRM 01149687

TAXAS:

DADOS PARA FATURAMENTO

Com médico: COM MEDICO Total KM: 56 Horas: 00:00:00
 Sub-Total Material e Medicamentos: TOTAL: 1.916,10
 Aditivo:

VOLTA REDONDA, 02 DE OUTUBRO DE 2019.

MED LIFE A Saúde Até Você

Faturamento

FATURAMENTO E COBRANÇA

C.R. LIMONGE DE OLIVEIRA REMOÇÕES MÉDICAS

CNPJ: 04.340.862/0001-14 - Rua 209, n 13 - Conforto - Volta Redonda - RJ - CEP: 27263-505 - Insc. Municipal: 524.46824
 Insc. Estadual: - TEL: (24) 3342-1242 - 3343-8124 - 3343 - 1246

ANEXO 13	RELATÓRIO DE ATENDIMENTO	Nº 0107239199	
IT CAT 01			

PROCEDIMENTO: EVENTO **TIPO DE PROCEDIMENTO: COM MEDICO**

DATA: 22/09/2019 **HR DA CHAM:** 16:13:00 **TÉRMINO DA CHAMADA:** 16:14:24 **SUSYANA OLIVEIRA CHA**

NOME DO PACIENTE: EVENTO TORNEIO LEITEIRO AMPARO

LOGRADOURO: AMPARO

NUMERO --/-- **COMPLEMENTO: --/--** **IDADE:**

BAIRRO: **CIDADE:** BARRA MANSA

ESTADO: **TELEFONE:**

REFERENCIA

PESO: **ALTURA:** **TIPO:** **OBSTACULO:**

SENHA: **AUT:** **VALOR:**

COD DA CARTEIRINHA: **CONVÊNIO:** ~~AAPVR~~ SMS

QUEIXA PRINCIPAL:

ORIGEM: (BASE VOLTA REDONDA) - RUA 209, Nº 13, CONFORTO, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO
HR. CHAMADA | => 17:03 **HR. SAIDA BASE** | => 17:05 **KM SAIDA BASE** | => 21998

DESTINO1: AMPARO - BARRA MANSA

HR. CHEGADA | => 17:53 **HR. SAIDA** | => 00:04 **KM. CHEGADA** | => 32029

DESTINO2:

HR. CHEGADA | => **HR. SAIDA** | => **KM. CHEGADA** | =>

DESTINO3:

HR. CHEGADA | => **HR. SAIDA** | => **KM. CHEGADA** | =>

DESTINO4: Base

HR. CHEGADA | => 17:05 **HR. SAIDA** | => **KM. CHEGADA** | => **KM CHEGADA NA BASE:** | => 32054

MÉDICOS / TÉCNICOS / AUX. **Motorista Ass.** Julio Cesar

DANIEL **TÉCNICO**

MOTORISTA / VEÍCULO / ORIGEM

JULIO CESAR **--UTI-81--MASTER-- 018--**

ENFERMAGEM

Evento em Amparo sem intercorrência.


Assinatura e carimbo da enfermagem **Ass e carimbo do médico**

EU, Rafael Rodriguez de Souza PORTADOR (A) DO CRM
52-0114968-7 E DO CPF 417842437-04, DECLARO QUE COMPARECI AO
EVENTO Torneio Leitores de Amparo - Barra Mansa EXERCENDO
A FUNÇÃO DE MÉDICO (A) EM ATENDIMENTOS PRÉ HOSPITALARES QUE OCORREU NO PERÍODO
DE 18:00 AS 00:00.

* Até 01:20 após socorro em vítima de trauma
em estrada Amparo - V.R.

VOLTA REDONDA, 22 DE SETEMBRO DE 2019.

Rafael R. de Souza
Médico
CRM 52-0114968-7

Anexo 03	Relatório de Atendimento Médico	 A Saúde até Você
IT MED 01		

Data: 22/09/19 Hora: 22:40 Motivo: ADU Exame Transferência Evento Outros

Nome do Paciente: Marcos Mauris Silva Gabriel

Idade: 29a Sexo: F M Peso: 90kg

Hospital (Local) de Origem: Hospital (Local) de Destino:

Diagnósticos

Pico Hipertensivo

Antecedentes:

Alergia medicamentosa: Negs

EXAME FÍSICO

1. ECTOSCOPIA

Corado Ictérico (___/+6) Acianótico
 Hipocorado (___/+4) Hidratado Desidratado
 Cianose: Central Periférico Anictérico

2. EXAME NEUROLÓGICO

ECG ___ (AO ___/ RV ___/ RM ___) Síndrome Demencial: Moderada Avançada
 Sedação: Sim Não Pupilas
 Escala Ramsay _____ Déficit Motor

3. ACV

RCR _____ 2 T _____ Sopro _____
 RCI _____ 3 T _____ PA: 160x110
 Bulhas _____ 4 T _____ FC: 75 bpm

4. AR

Espontâneo V.M. Preservado Estertores _____
 Macronebulização VNI Diminuído _____ Sibilos _____
 Cateter 02 TQT Roncos Sato 2 _____

5. ABDOME

Flácido Distendido Peristalse _____ Descompressão Dolorosa
 Massas Palpáveis _____
Dieta: Oral Enteral: Cânula / Gástrica / Entérica Periférico Parenteral

6. MEMBROS INFERIORES

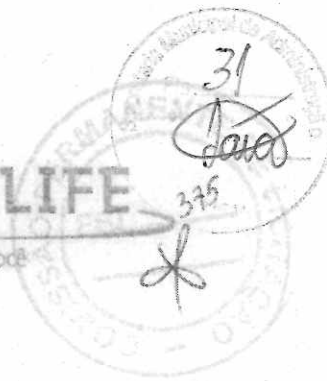
Panturrilhas _____ Edema (+ _____/+4) Pulso Palpável _____

ÓBITO

Não Sim Antes do início do atendimento Após o início do atendimento
 Na ambulância À entrada do hospital

Evolução:

Prescrição:



PROPOSTA COMERCIAL

Lote	Item	Quant.	Und.	Descrição	Valor Unitário	Valor Total
1	01	74	Und.	Remoção Barra Mansa/Barra Mansa - MEDIA DE 10 KM (taxa de acionamento inclusa no valor estimado).	R\$ 889,00	R\$ 65.786,00
	02	50	Und.	Remoção Barra Mansa/Volta Redonda - MEDIA 19,74 KM (taxa de acionamento inclusa no valor estimado).	R\$ 811,85	R\$ 40.592,50
	03	64	Und.	Remoção Barra Mansa/Rio de Janeiro - 261,28 KM	R\$ 2.900,00	R\$ 185.600,00
	04	02	Und.	Remoção Barra Mansa/São Paulo - 605,10KM	R\$ 4.800,00	R\$ 9.600,00
	05	02	Und.	Remoção Barra Mansa/ Itaperuna - 732,34KM	R\$ 6.900,00	R\$ 13.800,00
	06	04	Und.	Remoção Barra Mansa/ Resende - 70,56KM	R\$ 1.387,54	R\$ 5.550,16
	07	06	Und.	Remoção Barra Mansa/ Bauru - 1.247,90KM	R\$ 10.724,39	R\$ 64.346,34
	08	04	Und.	Remoção Barra Mansa/ Niterói - 282,32KM	R\$ 2.953,72	R\$ 11.814,88
	09	02	Und.	Remoção Barra Mansa/Petropolis - 301,50KM	R\$ 2.900,00	R\$ 5.800,00
	10	12	Und.	Remoção Barra Mansa/ Paraíba do Sul - 231,08KM	R\$ 2.000,01	R\$ 24.000,12
		11	600	Und.	Serviços de cobertura em eventos públicos na cidade de Barra Mansa, com ambulância de Suporte Avançado - UTI Móvel, com equipe composta por médico, técnico de enfermagem e condutor de Ambulância. - Com franquia mínima de 06 (seis) horas por evento; - Considerando a necessidade de ambulância UTI com suporte avançado para atender eventos especiais do Município, com estimativa de público superior a 01 (um) mil pessoas, conforme determina a Resolução SESDEC nº 80/2007;	R\$ 319,35
TOTAL*****						R\$ 618.500,00

Valor Total Global: R\$ 618.500,00 (seiscentos e dezoito mil e quinhentos reais28).

Período: 24(vinte e quatro) meses.

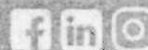
Prazo para início: imediato após assinatura do contrato.

Base Rio de Janeiro

Av. Pastor Martin Luther King Jr. nº 126
Salas 122 e 123 - Ed. Office 2000 - Shopping Nova America
Del Castilho - Rio de Janeiro/RJ - CEP 22765-000
(21) 3988-2880

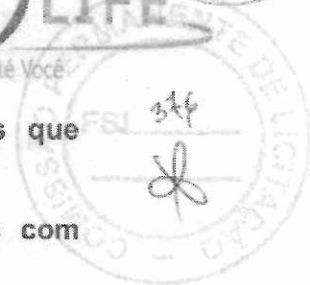
Base Volta Redonda

Rua 209 nº 13 - Conforto
Volta Redonda/RJ
CEP 27263-505
(24) 2107-1300



/medliferj

www.medlifesos.com.br



OBS.: O licitante deverá apresentar orçamento detalhado em planilhas que expressem a composição de todos os custos unitários detalhando em:

- 1- Custos variáveis;
- 2- Custos fixos (custo de capital, depreciação e remuneração/despesas com pessoal/despesas administrativas);
- 3- Custo total dos serviços (ISS-PIS-COFINS) e
- 4- Lucratividade.

Validade: 60(sessenta dias) meses.

- Razão Social ou nome da Proponente: Med Life Hospitality Serviços Médicos e Hotelaria Ltda.
- Endereço: Rua 209, nº 13
- Bairro: Conforto Cidade: Volta Redonda UF: RJ Cep: 27.263-505
- Telefone, fax e e-mail (se houver): (24) 2107-1321 e comercial@medlifesos.com.br
- Prazo de Validade da Proposta: 60 dias corridos, contados da data de sua entrega ao Pregoeiro, observado o disposto no "caput" e parágrafo único do artigo 110 da Lei Federal nº 8.666/93.
- Pessoa a ser contatada: Danilo de Paiva Gomes
- Banco: Santander
- Agência: 3352
- Conta Corrente: 13003627-3
- Declaramos concordar com todas as condições do Edital acima citado e respectivos Anexos.

Volta Redonda - RJ, 28 de fevereiro de 2019.

Nome do signatário da proposta: César Ricardo Limonge de Oliveira
Cargo: Sócio Presidente
Carteira de Identidade: 3236553 – SSP/MG
C.P.F.: 514.781.706-97

Dr Cesar R. L. de Oliveira
Médico
CPF 514.781.706-97

Cesar Ricardo Limonge de Oliveira

Sócio Proprietário

Base Rio de Janeiro

📍 Avenida Pastor Martin Luther King Jr. nº 126
Salas 122 e 123 - Ed. Office 2000 - Shopping Nova America
Del Castilho - Rio de Janeiro/RJ - CEP 22765-000
☎ (21) 3988-2880

Base Volta Redonda

📍 Rua 209 nº 13 - Conforto
Volta Redonda/RJ
CEP 27263-505
☎ (24) 2107-1300



/mediferj

www.medlifesos.com.br

33
Tava



A Saúde até Você

PLANILHA DE CUSTOS

377
CASA DE SAÚDE

Contas	Valores
Receita Bruta	R\$ 618.500,00
Impostos (PIS, COFINS, ISS) – 14,25%	(R\$ 88.136,25)
Receita Líquida	R\$ 530.363,75
Custos + Despesas	(R\$ 269.958,17)
Resultado Operacional Bruto	R\$ 260.405,58
Custo Oportunidade do Negócio (2,20%)	(R\$ 5.728,92)
Lucro Líquido antes do IR/CSLL	R\$ 254.676,66
IR (15%)	(R\$ 38.201,50)
CSLL (9%)	(R\$ 22.290,90)
Lucro Líquido	R\$ 194.184,26
Rateio Administrativo (17%)	(R\$ 33.011,32)
Lucro Líquido após Rateio	R\$ 161.172,94
Porcentagem	26,06%

Cesar Ricardo Limonge de Oliveira
Dr Cesar R. L. de Oliveira
Médico
CPF 52.51595-5

Cesar Ricardo Limonge de Oliveira

Sócio Proprietário

Base Rio de Janeiro

Avenida Pastor Martin Luther King Jr. nº 126
Salas 122 e 123 - Ed. Office 2000 - Shopping Nova América
Del Castilho - Rio de Janeiro/RJ - CEP 22765-000
(21) 3988-2880

Base Volta Redonda

Rua 209 nº 13 - Conforto
Volta Redonda/RJ
CEP 27263-505
(24) 2107-1300



/mediferj

www.medlifesos.com.br



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



CONTRATO Nº 019/2019

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA MANSA - RJ E A EMPRESA MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MÉDICOS E HOTELARIA LTDA EPP- EPP, TENDO POR OBJETO A SERVIÇO DE REMOÇÃO DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS TIPO D - SUPORTE AVANÇADO ADULTO/PEDIÁTRICO/NEONATAL (UTI MÓVEL)

Aos oito dias do mês de Abril de 2019, o **Fundo Municipal de Saúde** de Barra Mansa, Estado do Rio de Janeiro, com endereço na Rua Luiz Ponce, nº 263, Centro, Barra Mansa - RJ, inscrito no CNPJ sob o n.º 36.507.127/0001-49, neste ato representado por seu Secretário Municipal, **Dr. Sérgio Gomes da Silva**, brasileiro, casado, médico Ginecologista, CPF n.º 705.562.707-97 e portador da carteira de identidade n.º 5076262/IFP residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado Contratante e a **MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MÉDICOS E HOTELARIA LTDA**, estabelecida na rua 209, n.º 13, Conforto, Volta Redonda/RJ, neste ato representado pelo **Sr. César Ricardo Limonge de Oliveira**, brasileiro, casado, médico, residente e domiciliado à rua Walter Milen da Silva, nº 280, Jardim Amália, Volta Redonda/RJ, portador da Carteira de Identidade n.º 5251595-5, expedida pelo CRM/RJ e inscrito no CPF n.º 074.980.467-09 doravante denominada Contratada, resolvem firmar o presente Contrato, decorrente da licitação na modalidade Pregão (Presencial), sob o número **037/2018**, mediante as cláusulas e condições que se seguem e com fundamento na Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002 e na Lei Federal n.º 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações posteriores.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1- A contratada se compromete a prestar os serviços de remoção de pacientes em ambulâncias tipo d - suporte avançado adulto/pediátrico/neonatal (uti móvel), conforme edital de pregão presencial nº 037/2018 e respectivos anexos - processo administrativo nº 14.634/2017, de acordo com as condições de sua proposta e as demais condições gerais do supracitado processo.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO CONTRATUAL

2.1- O prazo de vigência deste Contrato é de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do inciso II do artigo 57 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações.

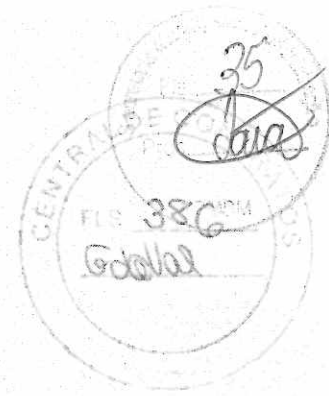
CLÁUSULA TERCEIRA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

3.1- A despesa decorrente deste Contrato correrá à conta da funcional programática nº 465 1030200502159 339039 01 0202.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR

4.1- Fica ajustado o valor do presente Contrato em R\$ 618.500,00 (Seiscentos e dezoito mil e quinhentos reais).

Gerência de Contratos
Rua Luiz Ponce, n.º 263 - Centro
Barra Mansa/RJ - C.E.P.: 27.310-400
centralcontratos@barramansa.rj.gov.br



CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

5.1- O Contratante obriga-se a:

- a) Atestar nas Notas Fiscais/Faturas e documentos de controle do Contratante a efetiva realização dos serviços, objeto desta licitação, dentro do prazo estabelecido no Edital;
- b) Acompanhar e fiscalizar a execução do objeto do Contrato, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, através do Fundo Municipal de Saúde, anotando em registro próprio as falhas detectadas e comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da Contratada, aplicando as sanções cabíveis, sempre que necessário;
- c) Notificar, por escrito, a Contratada da aplicação de qualquer sanção;
- d) Efetuar o pagamento a Contratada, de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidas neste Contrato;
- e) Prestar a Contratada toda e qualquer informação, por esta solicitada, necessária a perfeita execução do Contrato.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

6.1- A Contratada será a única, integral e exclusiva responsável, em qualquer caso, por todos os danos e prejuízos de qualquer natureza que causar ao Contratante ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, na execução do objeto deste contrato, respondendo por si e por seus sucessores, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização ou acompanhamento do Contratante.

6.2- A Contratada é a responsável por todos os ônus tributários federais, estaduais e municipais, ou obrigações concernentes à legislação social, trabalhista, fiscal, securitária ou previdenciária, bem como as demais legislações aplicáveis.

6.3- A Contratada se obriga a manter, durante toda a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para a licitação.

6.3.1 - Caberá ainda a Contratada:

6.3.1.1 - Realizar o serviço em absoluta observância das exigências do Edital e respectivos Anexos, notadamente as elencadas no termo de Referência (Anexo I);

6.3.1.2 - Arcar com todas as despesas referentes à execução do Contrato;

6.3.1.3 - Cumprir todos os prazos estipulados no Edital e respectivos Anexos;

6.3.1.4 - Refazer, às suas expensas, os serviços realizados em desacordo com o especificado no Edital e respectivos Anexos e/ou fora do padrão de qualidade mínimo desejável;



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



- 6.3.1.4** - Responsabilizar-se pelo pagamento e respectivos encargos sociais de todos os seus funcionários e/ou contratados envolvidos nos serviços, não tendo os mesmos qualquer vínculo empregatício com o Município;
- 6.3.1.6** - Responder pela idoneidade e pelo comportamento de seus responsáveis, técnicos, empregados, prepostos ou subordinados;
- 6.3.1.7** - Responder exclusiva e integralmente, perante o Contratante, pelo serviços nas condições pactuadas;
- 6.3.1.8** - Aceitar, nas mesmas condições e preços, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial da contratação para o objeto definido neste contrato;
- 6.3.1.9** - Comprovar, a cada fatura emitida, a regularidade perante o Sistema de Seguridade Social (INSS) e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); CND Municipal, CND Estadual, e CND Trabalhista;
- 6.3.1.10** - Não transferir a outrem, no todo ou em parte, os compromissos avançados, salvo motivo justo aceito pela Administração da Prefeitura;
- 6.3.1.11** - Responder inteiramente por quaisquer obrigações decorrentes de serviços prestados a mesma por terceiros, ficando o Contratante isento de tais reclamações ou indenizações;
- 6.3.1.12** - Promover por sua conta, através de seguros, a cobertura dos riscos a que se julgar exposta em vista das responsabilidades que lhe cabem na execução dos serviços, objeto deste contrato.
- 6.3.1.13** - A contratada deverá cumprir a regulamentação da Portaria GM/MS nº 2048 de 05 de novembro de 2002.
- 6.3.1.14** - A contratada deverá manter uniformizado e identificado mediante crachá qualquer profissional envolvido na prestação de serviços.
- 6.3.1.15** - Prestar os serviços de segunda a domingo, inclusive feriados, de acordo com as necessidades da Gerência de Controle e Avaliação, que emitirá prévia autorização/chamada por escrito, constando nome do paciente local que se encontra, andar, dia e horário, percurso, assinatura e nome legível do solicitante e carimbo.
- 6.3.1.16** - Atender as chamadas para prestação dos serviços através de FAX, Email e etc.
- 6.3.1.17** - Comparecer no local determinado no ato da chamada pelo Setor de Auditoria para prestação dos serviços.
- 6.3.1.18** - Enviar os registros das remoções realizadas, com relatório médico descrito, formulários devidamente preenchidos, assinados, carimbados e identificados.
- 6.3.1.19** - Após conferência pelo Setor de Auditoria da SMS/BM, será solicitado a emissão da Nota Fiscal.



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



6.3.1.20 - Utilizar na prestação de serviço veículos (ambulância UTI móvel) em conformidade com as determinações legais dos órgãos fiscalizadores, tais como: Vigilância Sanitária, Conselhos Regionais de Medicina, Enfermagem, Farmácia e DETRAN.

6.3.1.21 - Fiscalizar e supervisionar seus serviços sem prejuízo das prerrogativas do Município, fornecendo por sua conta, além do veículo, a mão de obra com a equipe, médico, enfermeiro e motorista, manutenção corretiva e preventiva, peças, equipamentos e combustíveis, materiais de consumo e ferramentas, necessárias à perfeita execução dos serviços.

6.3.1.22 - Apresentar a contratante documentos que comprovem treinamento para efetuar esse tipo de transporte dos profissionais envolvidos.

6.3.1.23 - A fiscalização e supervisão dos serviços prestados, será efetuada pela Secretaria de Saúde, através da Gerência de Controle e Avaliação, que se reserva o direito de recusar os serviços, quando estes não tiverem sendo prestados dentro das normas preestabelecidas, assim como, exigir sua adequação quando não corresponderem aos termos pactuados.

6.3.1.24 - Dentro da sua competência a Gerência de Controle e Avaliação poderá exigir da contratada o afastamento ou substituição incontinentemente do veículo, empregados ou preposto considerado inconveniente a sua permanência na linha dos serviços contratados.

6.3.1.25 - A contratada é o único responsável por todos os danos e demais prejuízos que, a qualquer título, causar ao contratante ou a terceiros, por si, seus representantes ou prepostos na execução dos serviços a serem realizados, ficando, desde já, a contratante isento de toda e qualquer responsabilidade por reclamações e reivindicações que, em decorrência possam surgir.

6.3.1.26 - Dentro do prazo de vigência do contrato, se for constatada que a prestação de serviços não atende as condições contratuais, a contratada se reserva o direito de suspender o pagamento até que sejam sanadas as irregularidades, sem que isso lhe acarrete encargos financeiros adicionais.

6.3.1.27 - Permitir a presença de acompanhante do paciente quando possível.

6.3.1.28 - Os transportes serão pagos por remoção utilizado por paciente em caráter de urgência entre hospitais e clínicas dentro do município de Barra Mansa/RJ, e deste para outras localidades.

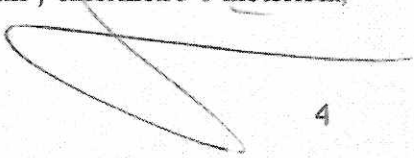
6.3.1.29 - Os valores contratados serão válidos para remoção em UTI móvel TIPO D para adulto, Neonatal ou pediátrico.

6.3.1.30 - No caso de remoção para exames e ou procedimentos terá franquia de espera de duas (02) horas, caso exceda esse tempo, será cobrado o valor de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) por hora parada.

6.3.1.31 - Cálculo de base para as quilometragens: GOOGLE - quilometragem entre cidades, mapa distâncias entre cidades - guia de caminhos do Brasil, calculador de distâncias - cálculo de distância online.

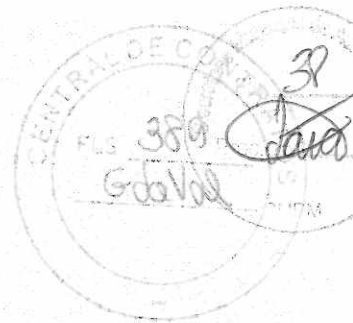
6.3.1.32 - Correrá por conta exclusiva da empresa vencedora, sem qualquer ônus para o Município, a prestação dos serviços de transporte inter-hospitalar de pacientes recém-nascidos, crianças e adultos, de alto risco de vida e de caráter eletivo, indicados pela Secretaria Municipal de Saúde/B.M., sempre acompanhados por 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro e motorista,

411





Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



- devidamente habilitados e com treinamento em APH (atendimento pré hospitalar/formação de socorrista), em veículo ambulância UTI móvel, composta dos equipamentos elencados a seguir:
- 1) Sinalizador óptico e acústico;
 - 2) Equipamento de rádio-comunicação fixa e móvel;
 - 3) Maca com rodas e articulada;
 - 4) Dois suportes de soro;
 - 5) Instalação de rede portátil de oxigênio;
 - 6) Válvula;
 - 7) Manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída;
 - 8) Oxigênio com régua tripla (a-alimentação do respirador; b-fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi);
 - 9) Manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação;
 - 10) Cilindro de oxigênio portátil com válvula (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas);
 - 11) Respirador adaptado para pacientes recém-nascido e pediátrico que funcione a bateria de 04 (quatro) horas;
 - 12) Oxímetro de pulso que funcione a bateria com duração de quatro (4) horas e possua sensores para recém-nascidos e pacientes pediátricos;
 - 13) Monitor de ECG com três derivações que funcione a bateria com duração de quatro (4) horas;
 - 14) Monitor cardioversor com pás pediátrica/adulto com bateria com duração de quatro (4) horas;
 - 15) Mínimo duas (2) bombas de infusão peristáltica e duas (2) bombas de infusão de seringa;
 - 16) Maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos;
 - 17) Cateteres de aspiração;
 - 18) Adaptadores para cânulas;
 - 19) Cateteres nasais;
 - 20) Seringa de 20ml;
 - 21) Reanimador pulmonar com reservatório de oxigênio e válvula expiratória, todo de silicone, de tamanho recém nascido, lactante e pediátrico, acompanhado de máscaras de silicone neonatal (específica para prematuro e recém nascido à termo) e pediátricas;
 - 22) Sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos;
 - 23) Luvas de procedimentos;
 - 24) Máscara para ressuscitador adulto / infantil;
 - 25) Lidocaína geléia e "spray";
 - 26) Cadarços para fixação de cânula;
 - 27) Laringoscópio infantil / adulto com conjunto de lâminas curvas e retas de numeração 0 a 4;
 - 28) Estetoscópio;
 - 29) Esfigmomanômetro adulto / infantil;
 - 30) Cânulas oro-faríngeas adulto / infantil;
 - 31) Fios-guia para intubação;
 - 32) Pinça de Magyll;
 - 33) Bisturi descartável;
 - 34) Cânulas para traqueostomia;
 - 35) Material para cricotiroidostomia;
 - 36) Conjunto de drenagem torácica;
 - 37) Maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com antisséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipo de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado;

[Handwritten signature]



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



- 38) Caixa completa de pequena cirurgia;
- 39) Maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; cobertor; compressas cirúrgicas e gazes estéreis; braceletes de identificação; prancha curta e longa para imobilização de coluna;
- 40) Sondas vesicais; coletores de urina; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipo para drogas fotosensíveis; equipo para bombas de infusão;
- 41) Circuito de respirador estéril de reserva;
- 42) Equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais;
- 43) Cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo;
- 44) Campo cirúrgico fenestrado;
- 45) Almotolias com antisséptico;
- 46) Conjunto de colares cervicais;
- 47) Prancha longa para imobilização da coluna com ked;
- 48) Uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;
- 49) Respirador e equipamentos adequados para recém natos;
- 50) Maleta de medicamentos tais como: Lidocaína sem vaso constritor (adrenalina, epinefrina, atropina, dopamina, aminofilina, dobutamina); hidrocortizona; glicose 50%; Soro (glicosado 5%, fisiológico 0,9%, ringer lactato); psicotrópicos (hidantoína, meperidina, diazepam, midazolam e outros); medicamentos para analgesia e anestesia (fentanil, Keatar, quelecin e outros); outros medicamentos necessários (água destilada, metoclopramida, dipirona, hioscina, dinitratode isossorbitol, furosemida, amiodarona);
- 51) Eletrocardiograma;
- 52) Desfibrilador;
- 53) Aspirador;
- 54) Nebulizador;
- 55) Reanimador cardio-pulmonar.

CLÁUSULA SETIMA - DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

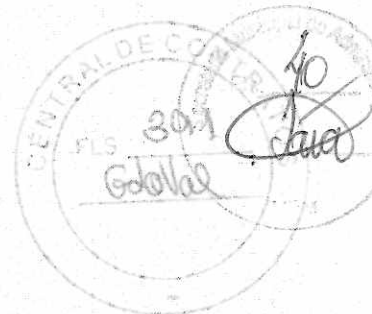
7.1- A gestão da contratação decorrente do edital será exercida pelo órgão contratante, através de representante por ele indicado, nos termos do art. 67 da Lei Federal nº 8.666/93. Serão atividades inerentes à gestão do contrato:

- a) Acompanhar o procedimento licitatório em todas as suas fases;
- b) Após a conclusão da tramitação, encaminhar o processo administrativo ao Fiscal do Contrato, para que sejam feitas as devidas anotações e para abertura do registro/livro de ocorrências;
- c) Manter sob sua guarda o processo de contratação durante toda a vigência do contrato;
- d) Manter controle do prazo de vigência do instrumento contratual;
- e) Executar e controlar a liberação de faturamento de todas as Notas Fiscais enviadas pela empresa, envolvendo: recebimento e conferência prévia da Fatura/Nota Fiscal enviada pela empresa; encaminhamento do documento de pagamento para atestação do Fiscal; providenciar a liberação do faturamento, encaminhando em seguida para autorização da Controladoria e posterior liquidação e pagamento; providenciar pedidos de emissão de Nota de Empenho (NE) para cobertura de exercício financeiro; pedidos de reempenho,

[Handwritten signature]



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



cancelamento, reforço etc; manter controle do saldo da Nota de Empenho (NE) em utilização, e solicitar emissão de nova NE sempre que necessário.

- f) Receber e providenciar solução junto à contratada de quaisquer ocorrências, irregularidades ou descumprimentos contratuais informados e não solucionados pelo Fiscal, encaminhando à Coordenadoria de Compras e Licitações caso não seja possível saná-los sem intervenção oficial;
- g) Receber e analisar quaisquer solicitações encaminhadas pela empresa;
- h) Emitir aviso de término contratual no prazo de 120 (cento e vinte) dias corridos antes do término da vigência e se for o caso, solicitar junto a Coordenadoria de Compras e Licitações em prazo não inferior a 60 (sessenta) dias, a prorrogação do prazo contratual.

2- A fiscalização da contratação em tela será exercida pelo órgão contratante, através de representante por ele indicado. Serão atividades inerentes à fiscalização do contrato:

- a) Responder a eventuais esclarecimentos técnicos dos licitantes;
- b) Após a conclusão da contratação, providenciar cópias e/ou anotações de todas as informações relevantes a respeito do Contrato, bem como de toda a documentação e legislação pertinentes;
- c) Manter livro ou registro onde anotarás todas as ocorrências relevantes referentes ao contrato, incluindo eventuais irregularidades;
- d) Apresentar, quando solicitado, relatório circunstanciado de acompanhamento da execução contratual;
- e) Notificar ao Gestor sobre quaisquer falhas ou atrasos na execução contratual, bem como qualquer descumprimento das obrigações estabelecidas (caso não consiga solucioná-las no contato com o preposto da contratada);
- f) Atestar as Notas Fiscais/Faturas emitidas pela contratada (verificando seu correto preenchimento), após o adimplemento da obrigação no período em referência.

7.3- A fiscalização em nenhuma hipótese eliminará ou reduzirá as responsabilidades contratuais e legais da **CONTRATADA** quanto a eventuais danos materiais e pessoais que, a qualquer título, venha esta a causar ao Fundo Municipal de Saúde ou a terceiros, quando da prestação dos serviços ora contratado, durante o prazo de vigência deste contrato, seja por si, seus representantes ou prepostos, ficando, desde já, o Fundo Municipal de Saúde isento de toda e qualquer responsabilidade por reclamações e reivindicações que, em decorrência, possam ocorrer.

CLÁUSULA OITAVA - DA FORMA DE PAGAMENTO

8.1- O Contratante efetuará o pagamento a Contratada, de forma parcelada (mensalmente), de acordo com a execução dos serviços, no valor da Nota de Empenho, no 30º (trigésimo) dia corrido, após o adimplemento de cada parcela e apresentação da Nota Fiscal Eletrônica/Fatura correspondente, devidamente aceita e atestada pelo órgão competente.

8.2- Deverá constar no documento fiscal o número do Edital de Pregão e o número da Nota de Empenho.



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



8.3- O setor requisitante do Contratante deverá encaminhar a Secretaria de Fazenda (Contabilidade), no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, a partir do seu recebimento, a referida Nota Fiscal Eletrônica/Fatura, devidamente aceita e atestada, acompanhada dos documentos de controle interno, para que sejam tomadas as devidas providências para pagamento.

8.4- Ocorrendo erros na apresentação do(s) documento(s) fiscal(ais), o(s) mesmo(s) será(ão) devolvido(s) a Contratada para correção, ficando estabelecido que o prazo para pagamento será contado a partir da data de apresentação da nova fatura ou de documento que a corrija.

8.5- O Contratante poderá deduzir do pagamento importâncias que a qualquer título lhe forem devidas pela Contratada.

8.6- O pagamento somente será efetuado mediante a apresentação das certidões abaixo, sendo aceitas certidões positivas com efeito de negativas:

- a) Prova de Regularidade perante a Fazenda Federal conjunta com a Dívida Ativa da União, conforme portaria conjunta PGFN/RFB n. 2 de 31 de agosto de 2005 em validade, relativa à sede da licitante, compreendendo também a regularidade com os débitos previdenciários;
- b) Prova de Regularidade de Situação perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS.
- c) Prova de Regularidade com a Fazenda Estadual;
- d) Prova de Regularidade com a Fazenda Municipal;
- e) Certidão Negativa de Débitos perante a Justiça do Trabalho,

8.7- O pagamento será efetuado por meio de crédito em nome da Contratada, mediante ordem bancária emitida em seu nome, para crédito na conta corrente por ela indicada, uma vez satisfeitas as condições estabelecidas neste Contrato.

8.8- É vedada a antecipação de quaisquer pagamentos sem o cumprimento das condições estabelecidas neste Contrato.

8.9- Entre a data de entrega da Nota Fiscal Eletrônica de Prestação de Serviços ou documento que a substitua e a data prevista para pagamento não haverá qualquer incidência de atualização monetária.

8.10 - Por eventuais atrasos de pagamento, não ocasionados pela licitante vencedora, o MUNICÍPIO pagará juros moratórios de 1% (um por cento) e correção monetária com base no IGP-M da FGV, ao mês, calculando entre a data do vencimento da obrigação e aquela do seu efetivo pagamento, pro-rata die. Caso o MUNICÍPIO, eventualmente, antecipe o pagamento de alguma fatura, haverá desconto sobre o valor da mesma, de acordo com o mesmo critério anteriormente previsto.

CLÁUSULA NONA – DA MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO

9.1- A Contratada, no ato de celebração deste instrumento, declara que estão mantidas todas as condições apresentadas para habilitação do Pregão (Presencial) n.º 037/2018, se comprometendo



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



a comunicar ao Contratante qualquer alteração que possa comprometer a manutenção de seus termos.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA DOCUMENTAÇÃO E ACEITAÇÃO

10.1- Ficam fazendo parte deste instrumento contratual, como se nele estivessem inseridos, o Edital de Pregão (Presencial) nº 037/2018, seus Anexos e a proposta apresentada pela Contratada.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

11.1- Em caso de inexecução total ou parcial do contrato, poderá o Contratante, garantida a prévia defesa, aplicar a Contratada as seguintes penalidades:

- a) Advertência, na hipótese de execução irregular do contrato que não resulte prejuízo para a Administração;
- b) Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato, sem prejuízo das perdas e danos e da multa moratória cabíveis, no caso de inexecução ou atraso na realização dos serviços;
- c) Suspensão do direito de licitar e contratar com a Prefeitura Municipal de Barra Mansa-RJ, por prazo não superior a 02 (dois) anos, na hipótese de inexecução total ou parcial do contrato;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, na hipótese de execução irregular, atraso ou inexecução do contrato associado a ilícito penal.

11.2- Por atraso na execução dos serviços fica a Contratada sujeita a multa diária de 1% (um por cento), calculada sobre o valor da parcela não atendida, aplicada a partir do primeiro dia após o prazo estabelecido para a realização dos serviços.

11.3- As multas administrativas poderão ser aplicadas cumulativamente ou individualmente, não impedindo que o Contratante rescinda unilateralmente o contrato e aplique as demais sanções legais cabíveis.

11.4- Se a Contratada não recolher o valor da multa que por ventura lhe for aplicada, dentro de 05 (cinco) dias úteis a contar da data da intimação, será então acrescido os juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

11.5- As multas administrativas aplicadas poderão ser descontadas dos pagamentos eventualmente devidos pelo Contratante à Contratada ou, ainda, quando for o caso, cobradas judicialmente.

11.6- A aplicação de multas não elidirá o direito do Contratante de, face ao descumprimento do pactuado, rescindir de pleno direito o contrato, independente de ação, notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo das demais cominações legais e contratuais cabíveis, assegurados o contraditório e a ampla defesa.



CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA- DO RECURSO ADMINISTRATIVO

12.1- Da aplicação das sanções definidas na cláusula anterior caberão os recursos previstos no artigo 109 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, observados os prazos e procedimentos ali estabelecidos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA- DA RESCISÃO CONTRATUAL

13.1- O Contratante poderá rescindir administrativamente o presente Contrato nas hipóteses previstas no Artigo 78, Incisos I a XI, da Lei Federal nº 8.666/93, sem que caiba à Contratada direito de qualquer indenização, sem prejuízo das penalidades pertinentes. Quando a rescisão ocorrer, sem que haja culpa da Contratada, conforme previsto no Artigo 78, Incisos XII a XVII, da Lei Federal nº 8.666/93, será esta ressarcida dos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido, conforme previsto no Parágrafo 2º do Artigo 79 da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

14.1- O presente Contrato poderá ser alterado com a devida justificativa, nos casos e limites previstos no artigo 65 da Lei Federal nº 8.666/93, devendo a alteração ser procedida através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO RECEBIMENTO

15.1- O recebimento será feito de acordo com o estabelecido no artigo 73 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA RESPONSABILIDADE

16.1- A Contratada é a única responsável por todos os eventuais danos ou prejuízos pessoais e/ou materiais que a qualquer título causar ao Contratante e/ou terceiro(s) quando da execução do Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA- DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

17.1- O Contratante, através do Fundo Municipal de Saúde (Comissão de Licitação) deverá fiscalizar a execução do Contrato. A fiscalização por parte do Contratante não exime a Contratada de quaisquer responsabilidades.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

18.1- Aplica-se à execução deste Contrato as normas da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, as normas administrativas específicas da Contratante, e em especial nos casos omissos, se for o caso, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA DECIMA NONA - DA PUBLICAÇÃO

19.1- Compete ao Contratante a publicação do extrato do presente Contrato.

JH'



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde




CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO FORO

20.1- Fica eleito o foro do Município de Barra Mansa, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir as questões oriundas do presente Contrato.

20.2- E, por estarem justos e contratados, firmam o presente em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que produza todos os efeitos legais.


Barra Mansa-RJ. 08 de Abril de 2019



Sérgio Gomes da Silva
p/ CONTRATANTE

Sérgio Gomes da Silva
Secretário Municipal de Saúde
CPF 705.562.707 - 97


CÉSAR Ricardo Limonge de Oliveira
p/ CONTRATADA

TESTEMUNHAS:


Danilo Gomes
Relacionamento Empresarial
MED LIFE


Gabriel Ramos Resende
Gerente de Contratos
Matr. 17 151 PMBM



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO Nº 019/2019.

PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA MANSÁ E A EMPRESA MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MÉDICOS E HOTELARIA LTDA.

OBJETO: REMOÇÃO DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS TIPO D – SUPORTE AVANÇADO ADULTO/PEDIÁTRICO/NEONATAL (UTI MÓVEL).

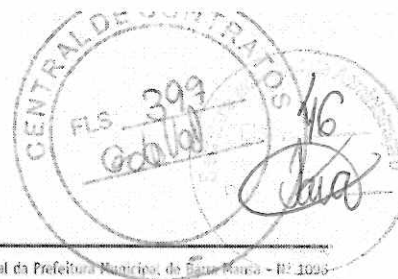
VALOR GLOBAL: R\$ 618.500,00 (SEISCENTOS E DEZOITO MIL E QUINHENTOS REAIS).

PRAZO: 24 (VINTE E QUATRO) MESES.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: CÓD. REDUZIDO Nº 465

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 14.634/2017

PUBLICADO NO JORNAL: Notícia Oficial
EDIÇÃO Nº 1095 **DE** 16 / 09 / 2019



OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE PSICOLOGIA.
VALOR GLOBAL/ESTIMADO: R\$19.353,60 (DEZENOVE MIL TREZENTOS E CINQUENTA E TRÊS REAIS E SESSENTA CENTAVOS).
PRAZO: 12 (DOZE) MESES.
CÉDITO ORÇAMENTÁRIO: 510 1030200512171 339036 05
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 00780/2018

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº 009/2019.
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A SRA. FÁBIO LA RENATA DE OLIVEIRA FREITAS.
OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE PSICOLOGIA.
VALOR GLOBAL/ESTIMADO: R\$19.353,60 (DEZENOVE MIL TREZENTOS E CINQUENTA E TRÊS REAIS E SESSENTA CENTAVOS).
PRAZO: 12 (DOZE) MESES.
CÉDITO ORÇAMENTÁRIO: 510 1030200512171 339036 05 0202
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 00774/2018

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº 010/2019.
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E O SR. GILSON PINHEIRO JUNIOR.
OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE CLÍNICO GERAL.
VALOR GLOBAL/ESTIMADO: R\$14.400,00(QUATORZE MIL E QUATROCENTOS REAIS).
PRAZO: 12 (DOZE) MESES.
CÉDITO ORÇAMENTÁRIO: 504 1030200502169 339036 05 0202.
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 00778/2019

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº 011/2019.
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E O SR. DANIEL BARBOSA TEIXEIRA.
OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE NEFROLOGIA.
VALOR GLOBAL/ESTIMADO: R\$86.400,00 (OITENTA E SEIS MIL E QUATROCENTOS REAIS).
PRAZO: 12 (DOZE) MESES.
CÉDITO ORÇAMENTÁRIO: 1028 1030200502163 339036 05 0112.
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 01493/2019

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº 012/2019.
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A SRA. ALINE BRAGA BARBOSA.
OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE NUTRICIONISTA.
VALOR GLOBAL/ESTIMADO: R\$24.192,00(VINTE E QUATRO MIL CENTO E NOVENTA E DOIS REAIS).
PRAZO: 12 (DOZE) MESES.
CÉDITO ORÇAMENTÁRIO: 510 1030200512171 339036 05 0202.
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 07904/2018

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº 013/2019.
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A SRA. CHRISTIANE CARVALHO ALMEIDA NEVES.
OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE DERMATOLOGIA.
VALOR GLOBAL/ESTIMADO: R\$23.532,24(VINTE E TRÊS MIL QUINHENTOS E TRINTA E DOIS REAIS E VINTE E QUATRO CENTAVOS).
PRAZO: 12 (DOZE) MESES.
CÉDITO ORÇAMENTÁRIO: 1028 1030200502163 339036 05 0112 .
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 01435/2019

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº 014/2019.
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A SRA. CRISTIANE RIBEIRO DE SOUZA PASSOS.
OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE NUTRICIONISTA.
VALOR GLOBAL/ESTIMADO: R\$23.532,24(VINTE E TRÊS MIL QUINHENTOS E TRINTA E DOIS REAIS E VINTE E QUATRO CENTAVOS).

PRAZO: 12 (DOZE) MESES.
CÉDITO ORÇAMENTÁRIO: 510 1030200512171 339036 05 0202.
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 07903/2018

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº 015/2019.
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E O SR. MACELO COMPASSO DE OLIVEIRA
OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE PSIQUIATRIA.
VALOR GLOBAL/ESTIMADO: R\$17.280,00(DEZESSETE MIL E DUZENTOS E OITENTA REAIS).
PRAZO: 12 (DOZE) MESES.
CÉDITO ORÇAMENTÁRIO: 1028 1030200502163 339036 05 0112.
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 02280/2019

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº 016/2019.
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A SRA. SILVANA DE OLIVEIRA LIMA
OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE DERMATOLOGIA.
VALOR GLOBAL/ESTIMADO: R\$88.332,24 (OITENTA E OITO MIL TREZENTOS E TRINTA E DOIS REAIS E VINTE E QUATRO CENTAVOS).
PRAZO: 12 (DOZE) MESES.
CÉDITO ORÇAMENTÁRIO: 1028 1030200502163 339036 05 0112.
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 01086/2019

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO Nº 017/2019.
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA MANSA E A EMPRESA RIO MEDICAL CENTER MEDICINA OCUPACIONAL
OBJETO: EXAME DE ELETROENCEFALOGRAMA.
VALOR GLOBAL: R\$ 25.000,00 (VINTE E CINCO MIL REAIS)
PRAZO: 24 (VINTE E QUATRO) MESES.
DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA: COD. REDUZIDO Nº 465
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 13721/2018

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO Nº 019/2019
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA MANSA E A EMPRESA MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MÉDICOS E HOTELARIA LTDA
OBJETO: REMOÇÃO DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS TIPO D - SUPORTE AVANÇADO ADULTO/PEDIÁTRICO/NEONATAL (UTI MÓVEL).
VALOR GLOBAL: R\$ 619.500,00 (SEISCENTOS E DEZOITO MIL E QUINHENTOS REAIS).
PRAZO: 24 (VINTE E QUATRO) MESES.
DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA: COD. REDUZIDO Nº 465
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 14.634/2017

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO Nº 020/2019.
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA MANSA E A EMPRESA RIO D'OURO COMERCIO DE ALIMENTOS EIRELI.
OBJETO: FORNECIMENTO DIÁRIO DE PÃO FRANCÊS (DE SAL) PARA ATENDER OS DISPOSITIVOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL PARA AS UNIDADES (SRT I, II E III, CAPS CAPSI E ESPAÇO REVIVER).
VALOR GLOBAL: R\$ 30.902,40 (TRINTA MIL E NOVECENTOS E DOIS REAIS E QUARENTA CENTAVOS).
PRAZO: 12 (DOZE) MESES.
DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA: CÓD. REDUZIDO Nº 484
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 15587/2019

EXTRATO CONTRATUAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO: CONTRATO Nº 021/2019.
PARTES: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA MANSA E A EMPRESA FEDERAÇÃO DAS EMPRESAS DE TRANSPORTES DE PASSAGEIROS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO FETRANSPOR.
OBJETO: FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE AOS FUNCIONÁRIOS VINCULADOS AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.
VALOR GLOBAL: R\$ 7.898,00 (SETE MIL E OITOCENTOS E NOVENTA E OITO REAIS).
PRAZO: 12 (DOZE) MESES.



Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro

Sistema Integrado de Gestão Fiscal (SIGFIS) - Módulo Captura

- PRINCIPAL
- CADASTROS
- ORÇAMENTO
- INFORMAÇÕES
- ENDOS DE BOMAS
- RELATÓRIOS
- TABELAS
- ENF
- DELIBERAÇÕES
- ADMINISTRAÇÃO
- DIAGN
- HELP DESK
- SAR

Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro Sistema Integrado de Gestão Fiscal (SIGFIS) - Módulo Captura

Retornar a Tela Anterior

Competência - 04 / 2019

Nº do Contrato (c/ano) 019/2019 Tipo de Contrato Prest. de Serviços em Geral - Sist. Reg. de Preços

CPF/CNPJ 04340862000114 Tipo de Pessoa Jurídica Anterior ao SIGFIS

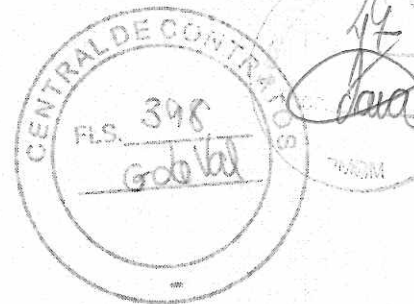
Nome MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS E HOTELARIA

Objeto REMOÇÃO DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS TIPO D

Tipo de Moeda Real Valor 618.500,00 Licitação 14634/2017 Ato de Adesão / Dispens -- Selecione --

Data Assinatura 08/04/2019 Dt. início Execução 08/04/2019 Dt. Término Contrato 09/04/2021

Data Publicação 16/04/2019 Imprensa Oficial NOTÍCIA OFICIAL Exame Prévio Ass. Jurídica Sim Não





Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



PORTARIA Nº 210/2019/SMSAU

O **Secretário Municipal de Saúde**, no uso das atribuições de seu cargo, de acordo com o Decreto nº3889/2002;

CONSIDERANDO o determinado na Lei Federal 8666/1993;

CONSIDERANDO Necessidade de haver controle e gestão do Contrato nº019/2019;

Resolve:

Art. 1º- Nomear as seguintes funcionárias para o acompanhamento e fiscalização do Contrato nº019/2019 do Processo Administrativo nº14634/2017, referente à Contratos de Serviços de Remoção de Pacientes em Ambulâncias Tipo D, suporte avançado Adulto/Pediátrico/Neo Natal (UTI Móvel);

DÉBORA CRISTIANE DE SOUZA FRANCO – Matrícula 12621- Gestora do Contrato;

CHRISTIANE GUERRA DE LANA – Matrícula 17363 – Suplente da Gestora do Contrato.

FERNANDA MATOS CHIESSE CASTRO - Matrícula 17.219 – Fiscal Responsável por Remoção de Urgência e Emergência;

PAULA BRANT RESENDE – Matrícula 5901 – Fiscal Responsável por Remoção de Transferências Eletivas;

JULIANA DE SOUZA MACHADO FERREIRA – Matrícula 206801 – Fiscal Responsável por Remoção de Eventos

Art. 2º- A portaria entrará em vigor na data de sua assinatura.

Barra Mansa, 17 de Junho de 2019.


SÉRGIO GOMES DA SILVA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE



CONTABILIDADE SMS / PMBM
FOLHA Nº 384



DATA: 08/04/2019		NOTA DE EMPENHO		Nº 694
Unidade Orçamentária:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	Código:	0301	
UG / UE:	F.M.S.- FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Código:	0302	
Tipo de Crédito:	Orçamentário e Suplementar	Nº do Processo / Ano:	1229 / 2017	
Modalidade do Empenho:	Global	Nº do Contrato / Ano:	019 / 2019	
Nº Manual do Processo Licitatório:		Nº Manual do Processo:	14634/2017	
Modalidade de Licitação:	PREGÃO			
Nº protocolo:	Ano do protocolo:	Nº do processo (protocolo):		
Classificação Resumida:	465	Prog. de Trabalho:	1030200502159	Atendimento Hospitalar e Ambulatorial
Natureza da Despesa:	339039 01	Outros Serv. de Terceiros - Pessoa Jurídica		Dirf: Incide
Lançamento:	IC: 19806 A DÉBITO: 332313100000000 - SERV.MEDICO-HOSPITALAR,ODONTOL E LABORATORIAIS A CRÉDITO: 213110199000000 - DEMAIS FORNECEDORES A PAGAR ROTEIRO: 2.6.31			
Fonte de Recurso:	0202	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE		
Credor:	MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS E HOTELARIA LTDA EPP - EPP		Código:	24942
CNPJ/CPF:	04.340.862 / 0001 - 14	Insc. Estadual:	Insc. Municipal:	
Endereço:	RUA 209 Nº13			
CEP:	27.263-505	Telefone:	(24) 3342-1242	FAX: 3342-1242
Bairro:	CONFORTO	Cidade:	VOLTA REDONDA	UF: RJ
Especificação				
PROC. Nº 14.634/2017.** LIBERAÇÃO DE VERBA PARA CUSTEAR DESPESAS COM O SERVIÇOS DE REMOÇÃO DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS TIPO D - SUPORTE AVANÇADO ADULTO/PEDIÁTRICO/NEONATAL (UTI MÓVEL), PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.				
Saldo Anterior:	17.764.702,63	Saldo Atual:	17.300.827,60	Total: 463.875,03
Valor por Extenso:	QUATROCENTOS E SESENTA E TRES MIL E OITOCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS E TRES CENTAVOS*****			
Justificativa				
PROC. Nº 14.634/2017.** LIBERAÇÃO DE VERBA PARA CUSTEAR DESPESAS COM O SERVIÇOS DE REMOÇÃO DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS TIPO D - SUPORTE AVANÇADO ADULTO/PEDIÁTRICO/NEONATAL (UTI MÓVEL), PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.				
 José Augusto da C. Franco Agente Administrativo Matr. 3900-4 SMS		 Marilza M. Leal Nogueira Matr. 5104-7 PMBM/SMS		 Sérgio Gomes da Silva Secretário Municipal de Saúde CPF 705.562.707 - 97
RUA LUIZ PONCE, Nº 263, 4º ANUAR, CENTRO, BARRA MANSA - RJ.				

[Voltar](#)[Imprimir](#)

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 04.340.862/0003-86

Razão Social: MED LIFE HOSPITALITY SERV MEDICOS E HOTELARIA LTDA EPP

Endereço: RUA VINTE E UM 380 / VILA SANTA CECILIA / VOLTA REDONDA / RJ /
27260-280

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 17/10/2019 a 15/11/2019

Certificação Número: 2019101701220756986990

Informação obtida em 22/10/2019 11:29:35

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional



**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS
 FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: MED LIFE HOSPITALITY SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 04.340.862/0001-14

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
 Emitida às 08:52:26 do dia 08/05/2019 <hora e data de Brasília>.

Válida até 04/11/2019.

Código de controle da certidão: **8ADC.E4B8.0CF3.D094**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS EM DÍVIDA ATIVA

Certifico, tendo em vista as informações fornecidas pelo Sistema da Dívida Ativa, referente ao pedido **50890/2019**, que no período de **1977 até 08/05/2019 NÃO CONSTA DÉBITO INSCRITO** em Dívida Ativa para o contribuinte abaixo:

RAZÃO SOCIAL: MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.

CNPJ: 04.340.862/0001-14 INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

A certidão negativa de Dívida Ativa e a certidão negativa de ICMS ou a certidão para não contribuinte do ICMS somente terão validade quando apresentadas em conjunto.

A aceitação desta certidão está condicionada a verificação de sua autenticidade na INTERNET, no endereço <http://www.dividaativa.rj.gov.br>.

CÓDIGO CERTIDÃO: 0N02.4130.42D0.8022

Esta certidão tem validade até **04/11/2019**, considerando 180 (cento e oitenta) dias após a data da pesquisa cadastral realizada em **08/05/2019 às 15:11:22.9**, conforme artigo 11 da Resolução N. 2690 de 05/10/2009.

Em caso de dúvida, recorra a PROCURADORIA:

Procurador - Regional de VOLTA REDONDA

Avenida Paulo de Frontin, 590 10 andar Salas 1001 a 10

Emitida em 18/06/2019 às 08:44:17.5



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DO RIO DE JANEIRO

CERTIDÃO DE REGULARIDADE FISCAL N° 2019.1.1323999-0
CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS - CND

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
CPF / CNPJ : 04.340.862/0003-86	CAD-ICMS : Desativado
NOME / RAZÃO SOCIAL : MED LIFE HOSPITALITY SERVICOS MEDICOS LTDA	
<p>CERTIFICA-SE para fins de direito e de acordo com as informações registradas nos Sistemas Corporativos da Secretaria de Estado de Fazenda que, até a presente data, NÃO CONSTAM DÉBITOS perante a Fazenda Estadual para o requerente acima identificado, ressalvado o direito de a Receita Estadual cobrar e inscrever as dívidas de sua responsabilidade, que vierem a ser apuradas.</p> <p>EMITIDA EM: 22/10/2019 11:44</p> <p>VÁLIDA ATÉ : 21/11/2019</p> <p>Certidão emitida com base na Resolução SEFAZ n° 109 de 04/08/2017</p>	
OBSERVAÇÕES	
<ol style="list-style-type: none"> Esta certidão deve estar acompanhada da Certidão da Dívida Ativa, emitida pelo órgão próprio da Procuradoria Geral do Estado, nos termos da Resolução Conjunta SEFAZ/PGE n° 33/2004. A aceitação desta certidão está condicionada a verificação de sua autenticidade na internet, no endereço: www.fazenda.rj.gov.br. Esta certidão não se destina a atestar débitos do imposto sobre transmissão "causa mortis" e doação, de quaisquer bens ou direitos (ITD). Qualquer rasura ou emenda invalida este documento. 	



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA

RUA LUÍS PONCE, nº, CENTRO - 27310-400
Email:fazenda@barramansa.rj.gov.br Fone:(24) 2106-3400



Nº: 15725/201

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS DE TRIBUTOS MUNICIPAIS E DÍVIDA ATIVA - GERAL - MOBIL



11121701894602019111031229

NOME MED LIFE HOSPITALITY SERVICOS MEDICOS LTDA		CÓDIGO DO CADASTRO 189460
CPF/CNPJ 04.340.862/0003-86	RG/INSCR. ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 610838
MATRICULA	QUADRA	LOTE

ENDEREÇO

RUA JOÃO BATISTA FERREIRA LUZ, 48, - Complemento : GALPAO - Bairro : METALURGICO - BARRA MANSA/RJ

FINALIDADE

Selecione

Observação:

Emissão: 22/10/2019.

Validade: 20/01/2020.

A Prefeitura Municipal de Barra Mansa conforme preceitua o Art. 532, da Lei Complementar 57 de 21 de Dezembro de 2009 - Código Tributário Municipal, CERTIFICA que a inscrição municipal acima, em relação ao objeto da Certidão encontra-se em situação REGULAR perante a Fazenda Pública Municipal. Estando em dia com os pagamentos dos tributos apurados e parcelados até a presente data. A Certidão não servirá de prova contra a cobrança de quaisquer débitos referentes a recolhimentos que não tenham sido efetuados e que venham a ser apurados pelo Fisco Municipal, conforme prerrogativa legal prevista nos Incisos de I a IX do Art. 149 da Lei Federal 5.172 de 25 de Outubro de 1966 - Código Tributário Nacional.

Haroldo do Rosário Júnior
Gerente de Arrecadação Fazendária - PMBM
Matrícula: 4113-0



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: MED LIFE HOSPITALITY SERVICOS MEDICOS LTDA

(MATRIZ E FILIAIS) CNPJ: 04.340.862/0003-86

Certidão nº: 187319946/2019

Expedição: 22/10/2019, às 11:32:43

Validade: 18/04/2020 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **MED LIFE HOSPITALITY SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **04.340.862/0003-86**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.



Handwritten mark

LISTA DE VERIFICAÇÕES PARA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1 - Nº do Processo:		14725/2019				
2 - Credor:		MEDLIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MÉDICOS E HOTELARIA LTDA				
3 - Nº do Empenho:		694		Data da Nota de Empenho:		08/04/2019
Saldo Anterior:		R\$ 351.395,17		Valor NF:		R\$ 12.774,00
				Saldo Atual:		R\$ 338.621,17
4 - Nº da Nota Fiscal:		124		Data da Nota Fiscal:		22/10/2019
5 - Nº do Contrato:		019/2019		Vigência:		08/04/2021
Termo Aditivo:				Vigência:		
				Data/lançamento no SIGFIS:		f/ 47
6 - Nota Fiscal emitida em conformidade com o empenho ou contrato		SIM	X	NÃO		N/A
7 - O serviço/material está em conformidade com o descrito no Empenho e Nota Fiscal		SIM	X	NÃO		N/A
8 - O processo está instruído com os respectivos empenho		SIM	X	NÃO		N/A
9 - Houve substituição por documento hábil, devidamente atestado		SIM		NÃO	X	N/A
10 - A Nota Fiscal está devidamente atestada pelo Gestor e Fiscal do Contrato		SIM	X	NÃO		N/A
11 - O serviço foi executado ou o material fornecido no prazo estabelecido no Empenho ou Contrato		SIM	X	NÃO		N/A
12 - Houve aplicação de multa contratual		SIM		NÃO	X	N/A
13 - Houve atraso na execução do serviço/entrega do material		SIM		NÃO	X	N/A
14 - A contratação foi autorizada pelo Ordenador de Despesa		SIM	X	NÃO		N/A
15 - Existe rasura na Nota Fiscal		SIM		NÃO	X	N/A
16 - Dotação Orçamentária utilizada para empenho corresponde ao objeto		SIM		NÃO		N/A X
17 - Nota de Empenho foi emitida anterior a emissão da Nota Fiscal		SIM	X	NÃO		N/A
18 - O contrato estava em vigência no período da efetiva prestação do serviço/entrega do material		SIM	X	NÃO		N/A
19 - Houve aprovação da minuta contratual pela Procuradoria Geral do Município		SIM	X	NÃO		N/A
20 - Consta descrição clara do objeto contratado		SIM	X	NÃO		N/A
21 - Foi cumprido as condições do Projeto Básico/Termo de Referência/Edital/Empenho/Contrato		SIM	X	NÃO		N/A
22 - O extrato contratual foi publicado tempestivamente		SIM	X	NÃO		N/A
23 - O valor da Nota Fiscal estão em conformidade com Empenho/Contrato		SIM	X	NÃO		N/A
24 - Foi realizado o registro de entrada do material no Almoarifado		SIM		NÃO		N/A X
25 - Foi realizado o registro do material no Patrimônio		SIM		NÃO		N/A X
26 - O tipo de NF corresponde a natureza da despesa informada na NE		SIM	X	NÃO		N/A
27 - A homologação está devidamente assinada		SIM	X	NÃO		N/A
28 - O processo se reveste das formalidades legais		SIM	X	NÃO		N/A
29 - A despesa está LIQUIDADADA e pode ser providenciado o pagamento		SIM	X	NÃO		N/A
30 - O processo deve cumprir exigência		SIM		NÃO	X	N/A
31 - Foram observadas todas as condições do Decreto 9291/18		SIM	X	NÃO		N/A
32 - Foram observadas todas as condições do Decreto 9292/18		SIM	X	NÃO		N/A
33 - Regularidade Fiscal/Certidão		SIM	X	NÃO		N/A
	FGTS	Fazenda Nacional	Fazenda Estadual	Tributos Municipais	Trabalhista	INSS
Vencimento	15/11/2019	04/11/2019	04/11/2019 e 21/11/2019	20/01/2020	18/04/2020	04/11/2019
Folhas	50	51	52 e 53	54	55	51

DESPESA LIQUIDADADA EM: 25 de julho de 2019

Handwritten signature
 Gestor do Contrato
 Assinatura e Carimbo

Handwritten signature
 Juliana de Souza M. Ferreira
 Assistente Administrativo
 Matr. 2891 S/MSAU/PMBM
 Assinatura e Carimbo

LEGENDA:
 N/A = NÃO APLICÁVEL

Watermark
 Cristiane S. Franc.
 Cont. e Avaliador
 Matr. 12621 S/MSAU/PMBM

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 5622

DATA: 06/11/2019

UG / UE: F.M.S.- FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Código: 0302

Data Provável de Pagamento: 06/11/2019

Nº do Processo / Ano: 14725 / 2019

Fonte de recurso: 0202 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Credor: MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS E HOTELARIA LTDA.EPP - EPP

Código: 24942

CNPJ/CPF: 04340862/0001-14 Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal:

Endereço: RUA 209 Nº13

Bairro: CONFORTO

Cidade: VOLTA REDONDA

CEP: 27.263-505

UF: RJ

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

Telefone: (24) 3342-1242

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
694	465	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	03011030200502159339039000202 01	08/04/2019		12.774,00

Valor Bruto: 12.774,00

Desconto: 1.405,14

Desconto: 191,61

Desconto: 510,96

Líquido a Pagar: 10.666,29

Valor por Extenso: DEZ MIL E SEISCENTOS E SESENTA E SEIS REAIS E VINTE E NOVE CENTAVOS*****

INSS - CONTRIBUIÇÕES SOBRE SERVIÇOS DE

IRRF

ISS

cancelada para o certo.

Justificativa: PROC: 14725/2019

REMOÇÕES DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS TIPO D (UTI MÓVEL)

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

Jose Antonio da C. Franco
Agente Administrativo
Matr. 3900-4 SMS

SERGIO GOMES DA SILVA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: Cheque Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura:

Ident:

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 5627

DATA: 06/11/2019

UG / UE: F.M.S.- FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE **Código:** 0302
Data Provável de Pagamento: 06/11/2019 **Nº do Processo / Ano:** 14725 / 2019
Fonte de recurso: 0202 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

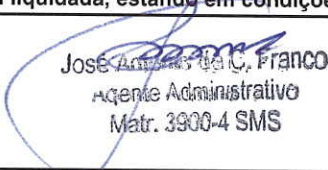
Credor: PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA **Código:** 13044
CNPJ/CPF: 28695658/0001-84 **Inscrição Estadual:** **Inscrição Municipal:**
Endereço: RUA LUIZ PONCE, Nº 263 **Bairro:** CENTRO
Cidade: BARRA MANSA **CEP:** 27355400 **UF:** RJ
Banco: **Agência:** **Conta Corrente:** **Telefone:** (24) 2106-3400

Natureza do Pagamento: 4 - DESPESA EXTRAORÇAMENTÁRIA

Código: 218810108000000
Descrição: ISS

Valor Bruto: 510,96
Líquido a Pagar: 510,96
Valor por Extenso: QUINHENTOS E DEZ REAIS E NOVENTA E SEIS CENTAVOS*****

Justificativa: PROC14725/2019
 DESCONTO REFERENTE A NAP 5622

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 José Amador da C. Franco Agente Administrativo Matr. 3900-4 SMS	 SERGIO GOMES DA SILVA SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

USO DA TESOOURARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ____ / ____ / ____ **Assinatura:** _____ **Ident:** _____

61

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 5920
DATA: 14/11/2019

UG / UE: F.M.S.- FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE Código: 0302
 Data Provável de Pagamento: 14/11/2019 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 0202 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Credor: MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS E HOTELARIA LTDA.EPP - EPP Código: 24942
 CNPJ/CPF: 04340862/0001-14 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: RUA 209 Nº13 Bairro: CONFORTO
 Cidade: VOLTA REDONDA CEP: 27.263-505 UF: RJ
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: (24) 3342-1242

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
694	465	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	03011030200502159339039000202 01	08/04/2019		12.774,00

Valor Bruto: 12.774,00
 Líquido a Pagar: 9.852,24
 Descrição de descontos, conforme relação anexa
 por Extenso: NOVE MIL E OITOCENTOS E CINQUENTA E DOIS REAIS E VINTE E QUATRO CENTAVOS*****

cancelada

Justificativa: PROC Nº14725/2019
 PAGAMENTO REFERENTE A REMOÇÕES DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS TIPO D (UTI MÓVEL)

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 Fernanda S. Regal Simões Assistente Técnico Mat. 17 421 PMEM/SMS	 SERGIO GOMES DA SILVA SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº
 Banco / Agência / Conta Corrente:

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____

Nota de Autorização de Pagamento Nº 5920/2019 - RELAÇÃO DE DESCONTOS

218810102050000	INSS		1.405,14
218810104010000	IRRF	64	191,61
218810104010000	IRRF		814,05
218810108000000	ISS		510,96

Total: 2.921,76

63

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 5921
DATA: 14/11/2019

UG / UE: F.M.S.- FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Código: 0302
Data Provável de Pagamento: 14/11/2019	Nº do Processo / Ano: /
Fonte de recurso: 0202 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	

Credor: PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA	Código: 13044
CNPJ/CPF: 28695658/0001-84 Inscrição Estadual:	Inscrição Municipal:
Endereço: RUA LUIZ PONCE, Nº 263	Bairro: CENTRO
Cidade: BARRA MANSA	CEP: 27355400
Banco: Agência: Conta Corrente:	UF: RJ
	Telefone: (24) 2106-3400

Natureza do Pagamento: 4 - DESPESA EXTRAORÇAMENTÁRIA

Código: 218810104010000
Descrição: IRRF

Valor Bruto:	814,05
Devido a Pagar:	814,05
Valor por Extenso:	OITOCENTOS E QUATORZE REAIS E CINCO CENTAVOS*****

cancelada!

344,43

Justificativa: PROC Nº14725/2019
RETENÇÃO REFERENTE AS NOTAS FISCAIS Nº93,108,123 E 96 NÃO RECOLHIDAS NOS PROCESSOS ANTERIORES.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
<i>Fernanda S. Rega Simões</i> Assistente Técnico Mat. 17.121 PNE/SMS	<i>SERGIO GOMES DA SILVA</i> SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

USO DA TESOOURARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____

Nome Legível: _____

65A



ESTADO DE RIO DE JANEIRO
MUNICÍPIO DE BARRA MANSA - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
 RUA LUIZ PONCE, Nº 263, CENTRO, BARRA MANSA - RIO DE JANEIRO
 CNPJ: 36.507.127/0001-49

NOTA DE EMPENHO

NÚMERO: 1977/2019 TIPO DO EMPENHO: GLOBAL DATA DO EMPENHO: 26/12/2019

DOTAÇÃO

CÓDIGO REDUZIDO: 1131
 ÓRGÃO: 03 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
 UNIDADE: 001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.302.0050.2159 ATENDIMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL
 ELEMENTO DA DESPESA: 3.3.90.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
 SUBELEMENTO: 01 OUTROS SERV. DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
 FONTE DE RECURSO: 0.2.44. RESOLUÇÃO SES Nº 1940/19 - FINANSUS
 NATUREZA DO EMPENHO: NATUREZA NÃO INFORMADA

CREDOR

CÓDIGO: 1245034 MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS E HOTELARIA LTDA.EMP CPF/CNPJ: 04.340.862/0001-14
 ENDEREÇO: RUA 209 Nº13 NÚMERO:
 BAIRRO: CONFORTO CEP: 27.263-505
 CIDADE: VOLTA REDONDA UF: RJ
 Banco: 341 Agência: 7228 Conta: 1580 Dígito: 1

DESCRIÇÃO

LIBERAÇÃO DE VERBA PARA CUSTEIO DOS SERVIÇOS MÉDICOS.

VALORES

SALDO DA DOTAÇÃO: 5.939.320,94 EMPENHA-SE PELA QUANTIA DE:
 VALOR DO EMPENHO: 78.521,65 ** SETENTA E OITO MIL E QUINHENTOS E VINTE E UM REAIS E SESENTA E CINCO CENTAVOS **
 SALDO ATUAL: 5.860.799,29

Incluído por: ADMINISTRADOR SISTEMA

Sérgio
 Secretário Municipal de S.
 CPF 705.562

Vanessa Real B. Moraes
 Contadora
 Mat. 13.140-7

66

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 6718
DATA: 26/12/2019

UG / UE: F.M.S.- FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		Código: 0302
Data Provável de Pagamento: 26/12/2019	Nº do Processo / Ano: /	
Fonte de recurso: 0244 - RESOLUÇÃO SES Nº 1940/19 - FINANSUS		
Credor: MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS E HOTELARIA LTDA.EPP - EPP	Código: 24942	
CNPJ/CPF: 04340862/0001-14	Inscrição Estadual:	Inscrição Municipal:
Endereço: RUA 209 Nº13	Bairro: CONFORTO	
Cidade: VOLTA REDONDA	CEP: 27.263-505	UF: RJ
Banco:	Agência:	Conta Corrente:
		Telefone: (24) 3342-1242

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
1977	1131	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	03011030200502159339039000244 01	26/12/2019		12.774,00

Valor Bruto: 12.774,00

Líquido a Pagar: 9.852,24

Valor por Extenso: NOVE MIL E OITOCENTOS E CINQUENTA E DOIS REAIS E VINTE E QUATRO CENTAVOS*****

DESCRIÇÃO DE DESCONTOS, CONFORME RELAÇÃO ANEXA

op 3748

27 DEZ 2019

Justificativa: PROC Nº14725/2019
PAGAMENTO REFERENTE A REMOÇÕES DE UTI MOVEL.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
<p>Vanessa Sadi B Moraes</p> <p>Contadora</p> <p>Mat. 13.140-7</p>	<p>SERGIO GOMES DA SILVA</p> <p>SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE</p>

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente: BRASILE 2577-1

27/12/19

Avio Matos S Fagundes
Tesoreroiro
Matricula 5417

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____

Nome Legível: _____

67

Barra Mansa, 27 de Dezembro de 2019.

Prezado Senhor

Solicito debitar do Fundo Municipal de Saúde de Barra Mansa, CNPJ nº 36.507.127/0001-49, Agência 2287 C/C 2577-1, o valor de R\$85.751,91 (oitenta e cinco mil e setecentos e cinquenta e um reais e noventa e um centavos) para realizar TED em favor de Med Life Hospitality Serviços médicos, CNPJ 04340862/0001-14, Banco 341, Ag 7228, C/c 1580-1.



Sérgio Gomes da Silva

Secretário Municipal de Saúde

Fundo Municipal de Saúde de Barra Mansa



Flávio Marcos Simões Fagundes

Tesoureiro

Fundo Municipal de Saúde de Barra Mansa



Flávio Marcos S Fagundes
Tesoureiro
Matricula 5417

Ao Ilmo. Sr.
A/C BANCO DO BRADESCO



Nota de Autorização de Pagamento N° 6718/2019 - RELAÇÃO DE DESCONTOS

218810102050000	INSS		1.405,14
218810104010000	IRRF		191,61
218810104010000	IRRF	58	814,05
218810108000000	ISS		510,96



Total: **2.921,76**

 Prefeitura Municipal de Barra Mansa Secretaria Municipal de Fazenda Fone: (24) 2106-3472 - http://www.barramansa.rj.gov.br/				Série do Documento Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e		
MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS LTDA Rua João Batista Ferreira Luz, 48 - GALPAO - Metalúrgico CEP 27335-450 - Barra Mansa - RJ cobranca@medlifefos.com.br Inscrição Municipal 610838 - CPF/CNPJ 04.340.862/0003-86						
Identificação da Nota Fiscal Eletrônica						
Natureza da Operação Tributado no município		Data de Emissão da NFS-e 06/09/2019 11:33:54		Código de Verificação de Autenticidade 50 24 21		
Número do RPS _____		Série do RPS _____		Data de Emissão do RPS _____		
• Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: www.issnetonline.com.br				Número da Nota Fiscal 93		
Dados do Tomador de Serviços						
CNPJ/CPF 36.507.127/0001-49		Inscrição Municipal 526476		Razão Social Fundo Municipal de Saude de Barra Mansa		
Endereço Rua Pinto Ribeiro		Número 65		Complemento _____		
CEP 27310-420		Cidade / UF Barra Mansa / RJ		Bairro Centro		
Telefone (24)3322-8430		e-mail liquidacao_sms@barramansa.rj.gov.br				
Local dos Serviços						
Barra Mansa - Rio de Janeiro						
Descrição dos Serviços						
Serviço de remoções médicas, realizadas no meses de Junho e Julho de 2019. Junho: R\$11.635,70 Julho : R\$5.489,85						
Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN						
Atividade do Município 21226 - Serviços de Remoções Médicas			Alíquota 4,00	Item da LC116/2003 421	Cód. Nacional Atividade Econômica 8621601	
Valor Total dos Serviços R\$ 17.125,55		Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 17.125,55	Total do ISSQN R\$ 0,00	ISSQN Retido Sim
					Desconto Condicionado R\$ 0,00	
Retenções de Impostos						
PIS R\$ 111,32	COFINS R\$ 513,77	INSS R\$ 1.883,81	IRRF R\$ 0,00	CSLL R\$ 171,26	Outras Retenções R\$ 0,00	ISSQN R\$ 685,02
Valor Líquido da Nota Fiscal				250,88		R\$ 13.760,37
Informações Complementares						

Valor Recebido = 13.760,37 + 111,32 + 513,77 + 171,26 = 14.556,72.

 Prefeitura Municipal de Barra Mansa Secretaria Municipal de Fazenda Fone: (24) 2106-3472 - http://www.barramansa.rj.gov.br/				Série do Documento Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e			
MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS LTDA Rua João Batista Ferreira Luz, 48 - GALPAO - Metalúrgico CEP 27335-450 - Barra Mansa - RJ cobranca@medlifefos.com.br Inscrição Municipal 610838 - CPF/CNPJ 04.340.862/0003-86							
Identificação da Nota Fiscal Eletrônica							
Natureza da Operação Tributado no município		Data de Emissão da NFS-e 12/09/2019 13:31:35		Código de Verificação de Autenticidade B3 8D 81			
Número do RPS	Série do RPS	Data de Emissão do RPS		Número da Nota Fiscal 96			
Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: www.issnetonline.com.br							
Dados do Tomador de Serviços							
CNPJ/CPF 36.507.127/0001-49		Inscrição Municipal 526476		Razão Social Fundo Municipal de Saude de Barra Mansa			
Endereço Rua Pinto Ribeiro			Número 65	Complemento	Bairro Centro		
CEP 27310-420		Cidade / UF Barra Mansa / RJ		Telefone (24)3322-8430	e-mail liquidacao_sms@barramansa.rj.gov.br		
Local dos Serviços Barra Mansa - Rio de Janeiro							
Descrição dos Serviços Serviço de remoções eletivas no meses de Junho, Julho e Agosto. Junho: R\$7.412,71 Julho R\$9.859,25 Agosto R\$3.711,85							
Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN							
Atividade do Município 21226 - Serviços de Remoções Médicas			Alíquota 4,00	Item da LC116/2003 421	Cód. Nacional Atividade Econômica 8621601		
Valor Total dos Serviços R\$ 20.983,81		Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 20.983,81	Total do ISSQN R\$ 0,00	ISSQN Retido Sim	Desconto Condicionado R\$ 0,00
Retenções de Impostos							
PIS R\$ 136,39	COFINS R\$ 629,51	INSS R\$ 2.308,22	IRRF R\$ 314,76	CSLL R\$ 209,84	Outras Retenções R\$ 0,00	ISSQN R\$ 839,35	
Valor Líquido da Nota Fiscal					R\$ 16.545,74		
Informações Complementares							

Valor Recebido = 16.545,74 + 136,39 + 629,51 + 209,84 = R\$ 17.521,48.

 Prefeitura Municipal de Barra Mansa Secretaria Municipal de Fazenda Fone: (24) 2106-3472 - http://www.barramansa.rj.gov.br/				Série do Documento Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e	
MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS LTDA Rua João Batista Ferreira Luz, 48 - GALPAO - Metalúrgico CEP 27335-450 - Barra Mansa - RJ cobranca@medlifefos.com.br Inscrição Municipal 610838 - CPF/CNPJ 04.340.862/0003-86					
Identificação da Nota Fiscal Eletrônica					
Natureza da Operação		Data de Emissão da NFS-e		Código de Verificação de Autenticidade	
Tributado no município		30/09/2019 15:41:48		E F 41 DE	
Número do RPS	Serie do RPS	Data de Emissão do RPS		Número da Nota Fiscal	
				108	
Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: www.issnetonline.com.br					
Dados do Tomador de Serviços					
CNPJ/CPF	Inscrição Municipal	Razão Social			
36.507.127/0001-49	526476	Fundo Municipal de Saude de Barra Mansa			
Endereço		Número	Complemento	Bairro	
Rua Pinto Ribeiro		65		Centro	
CEP	Cidade / UF	Telefone		e-mail	
27310-420	Barra Mansa / RJ	(24)3322-8430		liquidacao_sms@barramansa.rj.gov.br	
Local dos Serviços					
Barra Mansa - Rio de Janeiro					
Descrição dos Serviços					
Serviços de Remoções Médicas realizadas no mês de Agosto de 2019.					
<i>maio foi</i>					
Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN					
Atividade do Município			Alíquota	Item da LC116/2003	Cód. Nacional Atividade Econômica
21226 - Serviços de Remoções Médicas			4,00	421	8621601
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISSQN	ISSQN Retido
R\$ 5.837,25	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 5.837,25	R\$ 0,00	Sim
				Desconto Condicionado	
					R\$ 0,00
Retenções de Impostos					
PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R\$ 37,94	R\$ 175,12	R\$ 642,10	R\$ 0,00	R\$ 58,37	R\$ 0,00
Valor Líquido da Nota Fiscal					R\$ 233,49
					871,55
					R\$ 4.690,23
Informações Complementares					

$$\text{Valor Recebido} = 4.690,23 + 37,94 + 175,12 + 58,37 = 4.961,66.$$

72



Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Fazenda

Fone: (24) 2106-3472 - <http://www.barramansa.rj.gov.br/>



Série do Documento
**Nota Fiscal de Serviço
 Eletrônica - NFS-e**

MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Rua João Batista Ferreira Luz, 48 - GALPAO - Metalúrgico
 CEP 27335-450 - Barra Mansa - RJ
 cobranca@medlifefos.com.br
 Inscrição Municipal 610838 - CPF/CNPJ 04.340.862/0003-86

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação Tributado no município		Data de Emissão da NFS-e 18/10/2019 17:19:09	Código de Verificação de Autenticidade 6 B7 3D 3	Número da Nota Fiscal 123
Número do RPS	Serie do RPS	Data de Emissão do RPS		

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: www.issnetonline.com.br

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF 36.507.127/0001-49	Inscrição Municipal 526476	Razão Social Fundo Municipal de Saude de Barra Mansa		
Endereço Rua Pinto Ribeiro		Número 65	Complemento	Bairro Centro
CEP 27310-420	Cidade / UF Barra Mansa / RJ	Telefone (24)3322-8430	e-mail liquidacao_sms@barramansa.rj.gov.br	

Local dos Serviços

Barra Mansa - Rio de Janeiro

Descrição dos Serviços

Serviços de Remoções Médicas realizadas no mês de Setembro de 2019.

OK

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN

Atividade do Município 21226 - Serviços de Remoções Médicas		Alíquota 4,00	Item da LC116/2003 421	Cód. Nacional Atividade Econômica 8621601		
Valor Total dos Serviços R\$ 10.323,70	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 10.323,70	Total do ISSQN R\$ 0,00	ISSQN Retido Sim	Desconto Condicionado R\$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS R\$ 67,10	COFINS R\$ 309,71	INSS R\$ 1.135,61	IRRF R\$ 154,86	CSLL R\$ 103,24	Outras Retenções R\$ 0,00	ISSQN R\$ 412,95
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------------	----------------------------

Valor Líquido da Nota Fiscal

R\$ 8.140,23

Informações Complementares

Valor Recebido = 8.140,23 + 67,10 + 309,71 + 103,24 = 8.620,28.

NOTA DE CANCELAMENTO DE NAP

Nº: 362
DATA: 31/12/2019

UG / UE: F.M.S.- FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Código: 0302

Credor: PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA

Código: 13044

CNPJ/CPF: 28695658000184

Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal:

Endereço: RUA LUIZ PONCE, Nº 263

Bairro: CENTRO

Cidade: BARRA MANSA

CEP:

UF: RJ Telefone: (24) 2106-3400

Nº da NAP: 5921

Ano da NAP: 2019

Natureza do Pagamento: 4 - DESPESA EXTRAORÇAMENTÁRIA


Código Contábil: 218810104010000

Justificativa


ANULADA PARA ACERTO.

Valor Anulado: 814,05

Valor por Extenso: OITOCENTOS E QUATORZE REAIS E CINCO CENTAVOS*****



Sérgio Gomes da Silva
Secretário Municipal de Saúde
CPF 705.569.707 - 97



Vanessa Real B. Moraes
Contadora
Mat. 13.140-7

RUA LUIZ PONCE, Nº 263, 4º ANDAR, CENTRO, BARRA MANSA - RJ.

74

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 6819
DATA: 31/12/2019

UG / UE: F.M.S.- FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Código: 0302
Data Provável de Pagamento: 31/12/2019	Nº do Processo / Ano: /
Fonte de recurso: 0202 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	
Credor: PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA	Código: 13044
CNPJ/CPF: 28695658/0001-84 Inscrição Estadual:	Inscrição Municipal:
Endereço: RUA LUIZ PONCE, Nº 263	Bairro: CENTRO
Cidade: BARRA MANSA	CEP: 27355400 UF: RJ
Banco: Agência: Conta Corrente:	Telefone: (24) 2106-3400

Natureza do Pagamento: 4 - DESPESA EXTRAORÇAMENTÁRIA

Código: 218810104010000
Descrição: IRRF

Valor Bruto:	344,43
Líquido a Pagar:	344,43
Valor por Extenso:	TREZENTOS E QUARENTA E QUATRO REAIS E QUARENTA E TRES CENTAVOS*****

Justificativa: RETENÇÃO EM NOME DE MED LIFE.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
<p>Vanessa Real B. Moraes Contadora Mat. 13.140-7</p>	<p>SERGIO GOMES DA SILVA SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE</p>

USO DA TESOOURARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____

Nome Legível: _____

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 6820
DATA: 31/12/2019

UG / UE: F.M.S.- FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE Código: 0302
 Data Provável de Pagamento: 31/12/2019 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 0202 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Credor: MED LIFE HOSPITALITY SERVIÇOS MEDICOS E HOTELARIA LTDA.EPP - EPP Código: 24942
 CNPJ/CPF: 04340862/0001-14 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: RUA 209 Nº13 Bairro: CONFORTO
 Cidade: VOLTA REDONDA CEP: 27.263-505 UF: RJ
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: (24) 3342-1242

Natureza do Pagamento: 4 - DESPESA EXTRAORÇAMENTÁRIA

Código: 218810104010000
 Descrição: IRRF

Valor Bruto: 469,62
 Líquido a Pagar: 469,62
 Valor por Extenso: QUATROCENTOS E SESSENTA E NOVE REAIS E SESSENTA E DOIS CENTAVOS*****

OP 215



0

Justificativa: PAGAMENTO REFERENTE A UM IMPOSTO RETIDO INCORRETAMENTE.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
Vanessa Real B. Moraes Contadora Mat. 13.140-7	SERGIO GOMES DA SILVA SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Forma de Pagamento: Cheque Relação Bancária Nº 23/01/20
 Banco / Agência / Conta Corrente: 66194-5

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: Flavio Marcos S. Fagundes
Tesoureiro
Inscrição 5417

26



G332231111353888018
23/01/2020 11:24:52

DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência 469-3
Conta corrente 66194-5 RJ 330040 FMS CUSTEIO SUS

Creditado

Banco 341 ITAU UNIBANCO S.A.
Agência (sem DV) 7228 BARRA MANSA/AV. JOAQUIM
Conta corrente (com DV) 15801
CNPJ 04.340.862/0001-14
Nome favorecido MED LIFE HOSPITALITY SERVICOS MEDICOS L
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 12.302 ✓
Valor 469,62
Data transferência 23/01/2020 ✓

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB 3B2F69CAA742DE19

Assinada por JC494334 FLAVIO M S FAGUNDES
J4372071 SERGIO GOMES DA SILVA

23/01/2020 10:59:28
23/01/2020 11:24:52

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J4372071 SERGIO GOMES DA SILVA.



Estado do Rio de Janeiro
 Prefeitura Municipal de Barra Mansa
 SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
 DIVISÃO DE PROTOCOLO

Nº DO PROCESSO	Nº DO DESPACHO	RUBRICA
14925/19	01	Jana

ANEXOS:

- 01 Fs 02 a 55
- 02 _____
- 03 _____
- 04 _____

*Ao Gabinete,
 para autorização de
 liquidações*

Em 25/10/19

Ju
 Juliana de Souza M. Ferreira
 Assistente Administrativo
 Mat. 26801 SMSAU/PMBM

A Contabilidade
 Autorizo na forma da lei.
 EM 30/10/19

Sérgio Gomes da Silva
 Secretário Municipal de Saúde
 CPF 705.562.707 - 97

Ao Gabinete / SMS
 Emitida Nota de Autorização
 de Pagamento nº 5622
 no valor de R\$ 12774
 em 06/11/19

Jose Antonio da C. Franco
 José Antonio da C. Franco
 Agente Administrativo
 Matr. 3900-4 SMS

Ao Gabinete / SMS
 Emitida Nota de Autorização
 de Pagamento nº 5624
 no valor de R\$ 1.405,14
 em 06/11/19

Jose Antonio da C. Franco
 José Antonio da C. Franco
 Agente Administrativo
 Matr. 3900-4 SMS

Ao Gabinete / SMS
 Emitida Nota de Autorização
 de Pagamento nº 5625
 no valor de R\$ 191,61
 em 06/11/19