



PREFEITURA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS

PRAÇA URIAS JOSÉ DA SILVA, 42 - FONE: (34) 3245-2000
38490-000 - ESTADO DE MINAS GERAIS - CNPJ 18.259.390/0001-84



Indianópolis/MG, 28 de agosto de 2013

Ofício nº 182

Referência: Projeto de Lei nº 18/2013

Prezado Presidente da Câmara

Nobres Edis

Em resposta ao requerimento supra, segue anexo o manual de Tratamento Fora do Domicílio – TDF mencionado no projeto de lei.

Oportunamente, segue anexa relação de empenhos de ajuda de custo para tratamento fora de domicílio desenvolvidas no exercício de 2013, a serem convalidadas, conforme previsão no art. 13, do Projeto de Lei.

Destarte, na certeza de ter-se atendido ao pleito dos n. Edis, colocamo-nos à disposição para ulteriores esclarecimentos, renovando-se nossos protestos de estima e elevada consideração por V. Exa.


Sergio Pazini

Prefeito Municipal de Indianópolis/MG


Eduardo Henrique Souza Barbosa

Secretário Municipal

CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS-MG

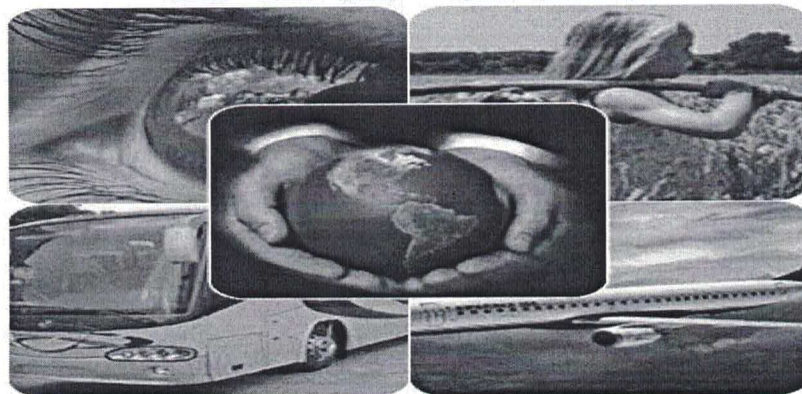
Protocolo nº 169/2013

Data: 29/08/2013. Horário: 10:50


Responsável pelo Protocolo

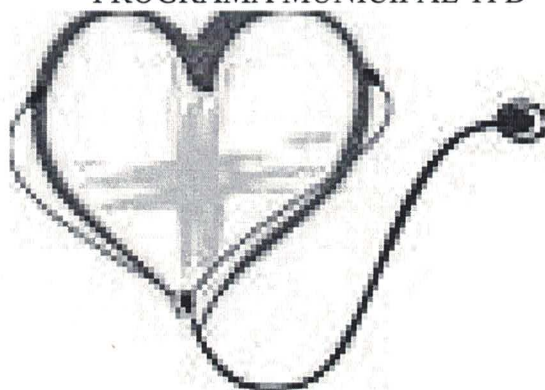
CARTILHA DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

TFD



SUS

PROGRAMA MUNICIPAL TFD



SUCESSO EM SEU TRATAMENTO

Secretaria Municipal de Saúde Indianópolis
Rua Getulio Magalhães, nº 382 – Centro
CEP: 38.490-000 – Indianópolis-MG.
Tel.: (34) 3245-2530
E-mail: saude@indianopolis.mg.gov.br

ESTA CARTILHA TEM O OBJETIVO DE ESCLARECER OS DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES INSCRITOS NO PROGRAMA MUNICIPAL TFD.

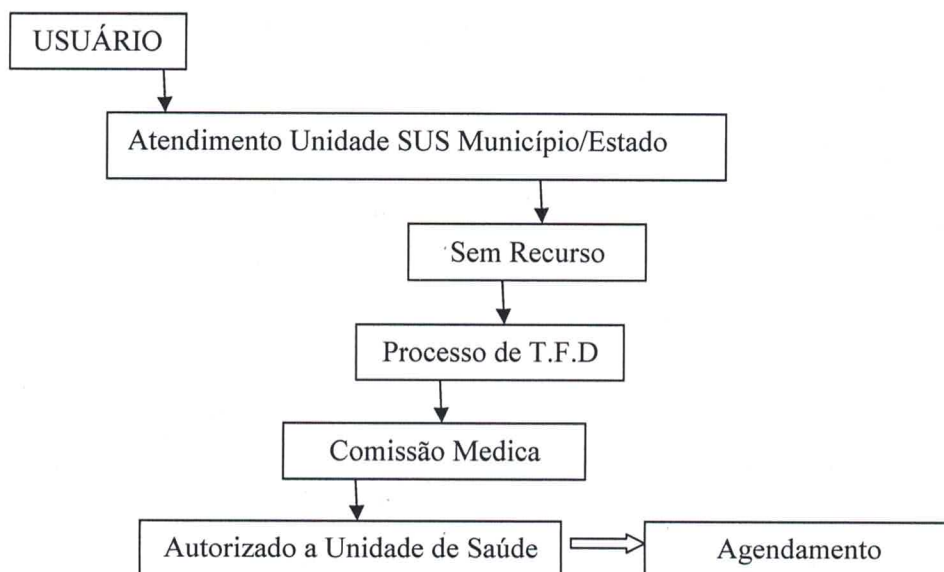


SAIBA O QUE É TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD.

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

Destina-se a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade eletiva.



O QUE ESTE PROGRAMA OFERECE?

- Benefícios para realização de consulta, tratamento ambulatorial, hospitalar / cirúrgico previamente agendado;
- Passagens de ida e volta - aos pacientes e se necessário a acompanhantes, para que possam deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem;
- Ajuda de custo para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento.

QUANDO O TFD PODE SER AUTORIZADO	
SIM	NÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Para pacientes atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS; • Quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do município; • Somente para municípios referência com distância superior a 50 km do município de destino em deslocamento por transporte terrestre ou fluvial, e 200 milhas por transporte aéreo; • Apenas quando estiver garantido o atendimento no município de destino, através do aprazamento pela Central de marcação de Consultas e Exames especializados e pela Central de Disponibilidade de Leitos; • Com exames completos, no caso de cirurgias eletivas; e • Com a referência dos pacientes de TFD explicitada na Programação Pactuada Integrada – PPI de cada município e na programação Anual do Município/Estado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para procedimentos não constantes na tabela do SIA e SIH/SUS; • Tratamento para fora do país; • Para pagamento de diárias a pacientes durante o tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino; • Em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) ou em tratamentos de longa duração, que exijam a fixação definitiva no local do tratamento; • Quando não for explicitado na Programação Pactuada Integrada – PPI dos municípios a referência de pacientes em Tratamento Fora de Domicílio; • Para custeio de despesa de acompanhante, quando não houver indicação médica ou para custeio de despesas com transporte do acompanhante, quando este for substituído.

O QUE É PRECISO PARA OBTER O TRATAMENTO?

Laudo médico, próprio do TFD, devidamente preenchido pelo médico solicitante (médico assistente do município), onde será informada a necessidade do paciente realizar o tratamento fora de sua cidade. O laudo deverá ser preenchido em 03 (três) vias, à máquina ou letra de forma, no qual deverá ficar bem caracterizada a problemática médica do paciente.

Para que seja concedido, o pedido deve ser formalizado em processo próprio e constituído com os seguintes documentos:

Originais

- Pedido de Tratamento Fora de Domicílio – PTFD;
- Laudo Médico;
- Termo de Compromisso e Responsabilidade.

Cópias

- Xerox de Exames;
- Xerox de: Certidão de nascimento (paciente menor de idade) ou carteira de identidade (paciente maior de idade); e
- Xerox da carteira de identidade do acompanhante, se houver.
- Comprovante de residência, (paciente, acompanhante e doador);
- CPF (paciente, acompanhante e doador);
- Exames Complementares (quando houver, anexar cópia).
- Cartão Nacional SUS (paciente, acompanhante e doador).

Este laudo será encaminhado à Coordenação do TFD do Estado onde será avaliado por equipe médica especializada, que determinará o local do tratamento, sendo este realizado na localidade mais próxima de origem do paciente.

Compete ao médico da Unidade, analisar e justificar a necessidade do acompanhamento, de acordo com o caso e as condições do paciente. No entanto, a Comissão Regional poderá indeferir tal necessidade, depois de analisada a justificativa apresentada. A autorização de acompanhamento que não seja imprescindível, poderá estar prejudicando o orçamento necessário à autorização para outros pacientes.

Nos casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC, compete ao Ministério da Saúde o direcionamento dos pacientes.

CENTRAL NACIONAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE – CNRAC

Instituída pela Portaria GM/SAS n° 2309, de 19 de dezembro de 2001, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade, nas áreas de cardiologia, oncologia, traumatologia, ortopedia, neurocirurgia e exploração diagnóstica e cirurgia para epilepsia. A assistência ambulatorial em alta complexidade se dá única e exclusivamente para o grupo 26 da Hemodinâmica.

Os procedimentos serão financiados pelo Ministério da Saúde, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação/FAEC, por meio da Câmara Nacional de Compensação.

Somente poderão ser inscritos na CNRAC solicitações para atendimento de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade, em outro estado, quando residirem em estado com ausência ou insuficiência na oferta desses procedimentos.

Informações necessárias para inclusão na CNRAC:

Para Epilepsia:

- Idade de início das crises;
- Descrição do(s) tipo(s) de crise(s);
- Frequência das crises (especificar a frequência de cada tipo) nos últimos 6 meses;
- Medicamentos utilizados e em quais doses;
- Resultados dos exames de investigação:
- EEG
- TC
- RM
- Outros
- Descrição do exame neurológico;

- Doenças associadas.

Para Neurocirurgia:

- Anamnese com dados neurológicos relevantes (data de início, evolução, etc.);
- Exame neurológico;
- Resultado dos exames complementares que indicam o procedimento.

Para Cardiologia:

a) Geral: Diagnóstico

- Anamnese dirigida e Classe funcional;
- Laudo descritivo ECG;
- Laudo descritivo Teleradiografia tórax;

b) Hemodinâmica:

- Cateterismo: Resultado de teste de avaliação funcional prévio ou impossibilidade de realização de um teste não invasivo.
- Angioplastia coronariana: Laudo descritivo do CAT e laudo descritivo de teste de avaliação funcional.
- Valvuloplastia: Laudo descritivo do ecocardiograma e/ou do cateterismo com respectivas pressões. Idade acima de 45 anos, laudo descritivo da coronariografia.
- Congênita – Ecocardiograma.

c) Cirurgia:

c.1) Congênita

- Laudo descritivo do ecocardiograma e/ou cateterismo.
- Avaliação odontológica.

c.2) Orovalvar

- Ecocardiograma ou cateterismo
- Adulto com idade acima de 45 anos Laudo descritivo da coronariografia.
- Avaliação odontológica.

c.3) Miocardiopatia

- Ecocardiograma ou cateterismo
- Adulto com idade acima de 45 anos Laudo descritivo da coronariografia.

c.4) Revascularização miocárdica

- Laudo descritivo do cateterismo e teste de avaliação funcional sempre que possível.

c.5) Marca-passo

- Laudo descritivo do ECG e/ou HOLTER e/ou Eletrofisiológico.
- Medicação em uso.
- Ecocardiograma - Multi-sítio

d) Estudo Eletrofisiológico/Ablação:

- ECG e/ou HOLTER;
- Ecocardiograma (Defeito estrutural / Função ventricular).

e) Cardioversor e Desfibrilador:

- Estudo eletrofisiológico obrigatório.

Para Ortopedia:

a) Grupo Tratamento Cirúrgico da Coluna Vertebral:

- 39.033.02-3 Artrodese da coluna por via anterior torácica
- 39.034.02-0 Artrodese da coluna por via anterior lombar
- 39.008.02-9 Descompressão ântero - lateral da medula
- 39.011.02-0 Osteotomia da coluna
- 39.017.02-8 Tratamento cirúrgico da pseudo-artrose da coluna

- Doença ou doenças que indicam o procedimento. Quais sintomas influem na indicação?
 - Que sinais específicos determinam o tratamento?
 - Evolução (tempo de doença e operações prévias).
 - Quais dados de imagem reforçam a indicação?
 - Quadro neurológico (sensibilidade, motricidade e reflexos profundos, presença de piramidalismo).
 - Qual resultado ou benefício é esperado do tratamento?
- b) Tratamento Cirúrgico da Escoliose:
- Quais sintomas e sinais influenciaram na indicação?
 - Evolução (tempo de doença e operações prévias).
 - Dados de imagem para a indicação:
 - a. Local e tipo de curva
 - b. Graus da curva (Cobb)
 - c. Maturidade da coluna (Risser)
 - Quadro neurológico (sensibilidade, motricidade e reflexos profundos, presença de piramidalismo).
 - Qual resultado ou benefício é esperado do tratamento?
- c) Grupo Tratamento Cirúrgico na Cintura Pélvica V:
- 39.004.11-2 Desarticulação inter-iliaco abdominal
GRUPO CIRURGIA NA CINTURA ESCAPULAR III
- 39.002.04-7 Desarticulação inter-escapulo-torácica
GRUPO REVISÃO E/OU RECONSTRUÇÃO DE QUADRIL
- 39.021.12-2 Revisão e/ou reconstrução de quadril
GRUPO REVISÃO E/OU RECONSTRUÇÃO DE JOELHO
- 39.025.14-4 Revisão e/ou reconstrução de joelho
GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA MÃO III
- 39.015.10-6 Transposição dedo
GRUPO RETALHO MICRO CIRÚRGICO
- 39.001.24-5 Retalho micro cirúrgico
GRUPO REPARAÇÃO DE LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL
- 39.026.05-1 Reparação de lesão do plexo braquial
GRUPO ENXERTO ÓSSEO VASCULARIZADO
- 39.002.24-1 Enxerto ósseo vascularizado
- Doença ou doenças que indicam o procedimento.
 - Quais sintomas influem na indicação?
 - Que sinais específicos determinam o tratamento?
 - Evolução (tempo de doença e operações prévias).
 - Quais dados de imagem reforçam a indicação?
- d) Grupo Tratamento Cirúrgico da Articulação Escapulo-Umeral IV:
- 39.003.05-1 Artroplastia da escapulo-umeral
GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO COTOVELO IV
- 39.003.07-8 Artroplastia do cotovelo (com implante)
GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA MÃO III
- 39.008.10-0 Artroplastia interfalangeana
- 39.009.10-6 Artroplastia metacarpo-falangeana
GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA ARTICULAÇÃO COXOFEMURAL VI
- 39.016.12-9 Artroplastia coxo-femural de revisão
GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO IV

39.003.14-0 Artroplastia de revisão do joelho

39.022.14-5 Artroplastia total do joelho (com implante)

- Doença ou doenças que indicam o procedimento.
- Quais sintomas influem na indicação?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias)
- Que sinais específicos determinam o tratamento?

a) Perda de movimento - graus?

b) Instabilidade - tipo?

- Quais dados de imagem reforçam a indicação?

a) Estado articular

b) Alinhamento anormal graus

c) Perda ósteo-articular

- Existe possibilidade de tratamento conservador ou de reconstrução não protética?

OBS. Em caso de revisão de artroplastia informar as condições atuais da prótese, tempo decorrido e atos operatórios após a artroplastia primária e motivo da falha.

e) Grupo Tratamento Cirúrgico do Fêmur IV:

39.001.13-0 Alongamento do fêmur

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA PERNA IV

39.002.15-2 Alongamento dos ossos da perna

- Doença ou doenças que indicam o procedimento.
- Quais sintomas influem na indicação?
- Que sinais específicos determinam o tratamento?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias)
- Dados de imagem

a) Medidas do escanograma

b) Estado articular do quadril e joelho

c) Eixo mecânico ou anatômico dos membros inferiores

- Mensurações

a) Distância espinha íliaca ântero-superior – maléolo medial

b) Distância espinha íliaca ântero-superior – linha articular medial do joelho

c) Distância cicatriz umbilical - maléolo medial

f) Grupo Tratamento Cirúrgico na Articulação do Joelho IV:

39.043.14-2 Tratamento cirúrgico de ruptura de ligamento do joelho por ligamentoplastia

- Doença ou doenças que indicam o procedimento.
- Quais sintomas influem na indicação?
- Que sinais específicos determinam o tratamento?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias).
- Sinais de instabilidade

a) Bocejo em extensão e flexão de 30°

b) Graus de translação (Lachman)

c) Graus de ressaltamento ("Pivot shift")

- Dados de imagem (estado articular do joelho em relação a presença de artrose, subluxação lateral e eixo anatômico ou mecânico)

g) Grupo Ressecção de Tumor ósseo (com utilização de próteses não convencionais):

39.003.23-0 Ressecção de tumor ósseo (com utilização de próteses não convencionais)

39.703.23-1 Ressecção de tumor ósseo (com utilização de próteses não convencionais)

- Diagnóstico clínico e radiográfico

• Tem biópsia? Qual resultado?

- Classificação e estadiamento do tumor

- Evolução (tempo de doença e operações prévias)

Para Oncologia:

- 1 - Justificativa do procedimento:
 - 1.1 - Localização do tumor primário com CID 10
 - 1.2 - Diagnóstico cito/histopatológico datado
 - 1.3 - Grau histopatológico
 - 1.4 - CID 10 morfologia
 - 1.5 - Estádio (UICC ou outro sistema)
 - 1.6 - Linfonodos regionais invadidos (sim, não, não avaliáveis)
 - 1.7 - Localização da(s) metástase(s)
- 2 - Tratamentos anteriores:
 - 2.1 - Data de início e descrição
- 3 - Performance status PS:
Classificar pelas cinco alternativas:
 - Zero - Paciente completamente ativo, desempenhando atividades prévias a doença sem restrições.
 - 1 - Paciente restrito em atividades físicas vigorosas, mas está deambulando e capaz de realizar tarefas leves e sedentárias.
 - 2 - Paciente está deambulando e realiza o cuidado pessoal, mas é incapaz de trabalhar; paciente passa fora da cama mais de 50% do dia útil.
 - 3 - Paciente só realiza tarefas limitadas do cuidado pessoal; confinado à cama ou cadeira de rodas mais de 50% do dia útil.
 - 4 - Paciente completamente debilitado e incapaz de cuidados pessoais; completamente confinado à cama ou cadeira de rodas.

IMPORTANTE: O Paciente para ter direito ao TFD deve ser atendido EXCLUSIVAMENTE na rede referenciada SUS.

Como deve ser preenchido o Laudo Médico Estadual de TFD?

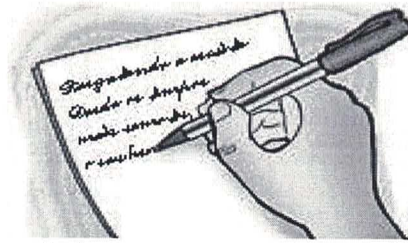
RESPOSTA: O laudo médico do TFD Interestadual deverá ser preenchido pelo médico assistente, vinculado ao SUS e deve ser renovado a cada 06 meses quando necessário. Nele estão prescritas informações pertinentes ao paciente (dados pessoais), histórico da doença, diagnóstico provável, tratamento realizado, duração do tratamento, justificativa da impossibilidade de atendimento na localidade, justificativa da urgência, justificativa do tipo de transporte, entre outros.

Deverá ser carimbado e assinado pelo médico assistente do paciente.

OBSERVAÇÃO: O laudo médico será submetido à análise do médico da Comissão Estadual TFD e pode ser negado caso não esteja de acordo com as legislações que regem o TFD.

FIQUE ATENTO PARA A VALIDADE DE SEU LAUDO

IMPORTANTE: O Laudo TFD Interestadual só será aceito com assinatura e carimbo do médico assistente, CID 10 da doença, assinatura e carimbo do diretor da unidade de saúde, além do carimbo da unidade onde o laudo foi preenchido.



IMPORTANTE: O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento na unidade de destino, com horário e data definidos previamente. O agendamento para continuidade do tratamento deve estar em papel timbrado da unidade executante, com data precisa (dia, mês e ano),



QUAIS DESPESAS PODEM SER PAGAS PELO TFD?

Aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial, diárias para pernoite e ajuda de custo para alimentação para paciente e acompanhante (se houver), bem como as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD;

A Secretaria de Estado da Saúde poderá reembolsar ao paciente as despesas com diárias e passagens nos deslocamentos para fora do estado, quando se tratar de casos de comprovada urgência, sem que haja tempo hábil para formalizar a devida solicitação, o que deverá ser providenciado após o retorno e encaminhado via Gerência Regional de Saúde, caso o paciente possua o processo de TFD autorizado previamente.

DE QUEM É A RESPONSABILIDADE PELO CUSTEIO DO TFD?

A responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos intraestadual será, via de regra, atribuído às Secretarias Municipais de Saúde, que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos municípios.

Entretanto, quando o deslocamento for realizado a partir de um município não habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), isto é, esteja habilitado apenas na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), a competência para a concessão do benefício é da Regional de Proteção Social/SESPA a qual o município está vinculado.

Já a responsabilidade pelo pagamento de despesas nos deslocamentos interestaduais será atribuída à Secretaria de Estado da Saúde, que utilizará a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado.

REGRAS PARA RECEBIMENTO DA AJUDA DE CUSTO PELO ACOMPANHANTE.

Somente será admitido o custeio das despesas com acompanhante nos casos de cirurgia de médio e grande porte nos casos de paciente menor de idade, de idosos acima

de 60 anos ou paciente impossibilitado em razão da doença, de adotar por seus próprios meios as providências necessárias ao seu tratamento.

O acompanhante deverá ser membro da família, estar em pleno gozo da saúde, ser maior de 18 anos e menor de 60 anos, e ter disponibilidade para permanecer acompanhando seu paciente até o término do tratamento. Caso não seja necessária a permanência do acompanhante, este deverá retornar à localidade de origem após a internação do paciente, e quando da alta do paciente se houver necessidade de acompanhante para seu retorno, o órgão de TFD de origem providenciará o deslocamento do mesmo.

O acompanhante também terá direito à diária quando o paciente estiver com o processo de TFD na Regional e encontrar-se hospitalizado Belém, muito embora, o paciente NÃO tenha esse direito.

O eventual acompanhante terá direito a ajuda de custo no pagamento das despesas com transporte, pernoite e alimentação conforme Tabela SIA/SUS;

IMPORTANTE: Apesar de competir ao médico da Unidade, analisar e justificar a necessidade do acompanhamento, de acordo com o caso e as condições do paciente, a Comissão Regional pode indeferir tal necessidade depois de analisada a justificativa apresentada, pois a autorização de acompanhamento que não seja imprescindível, poderá prejudicar o orçamento necessário à autorização de outros pacientes devido à limitação dos recursos orçamentários destinados ao TFD.

O PACENTE PRECISA SE DESLOCAR PARA REQUERER O TFD?

Não. O paciente formaliza o pedido junto à Unidade Mista ou Secretaria Municipal de Saúde, e esta encaminha os processos de TFD à Regional de Proteção Social - RPS competente, acompanhado de ofício, através de malote, ou responsável, não havendo, deste modo, necessidade do paciente ou acompanhante de comparecer na Regional.

CONHEÇA OS CAMINHOS PELOS QUAIS SEGUIRÁ O PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DO TFD.

O processo (pedido acompanhado dos demais documentos necessário) deverá ser encaminhado à Regional em até 10 (dez) dias antes de sua consulta marcada.

A resposta ao pedido de TFD (autorizado ou negado) será enviada ao órgão de origem, através de ofício, fax ou por telefone.

Em casos especiais (urgência/emergência), o Diretor ou Responsável pela Unidade Mista deverá solicitar autorização de TFD por telefone e contatar com a Comissão Regional na qual o mesmo deverá informar todos os itens do laudo Médico em questão. Após análise da Comissão Regional, o mesmo terá o prazo de 48 horas para encaminhar o processo.

Caso haja necessidade do paciente ser tratado fora do Estado, a Comissão Regional informa a Central de TFD/DDASS, ficando esta responsável pela análise e providências.

O VALOR DAS DIÁRIAS:

Os Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, os valores a serem pagos a título de TFD, conforme tabela a seguir:

Código	Descrição	Valor (em R\$)
423-5	Unidade de remuneração para transporte aéreo a cada 200 milhas por paciente/acompanhante	100,00
425-1	Unidade de remuneração para transporte terrestre a cada 60 km de distância por paciente/acompanhante	40,00
428-6	Ajuda de custo para alimentação de paciente e acompanhante quando não ocorrer pernoite fora do domicílio.	50,00
429-4	Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente e Acompanhante.	280,00
437-5	Ajuda de custo para alimentação de paciente sem acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio.	25,00
441-3	Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente sem acompanhante.	140,00

Como proceder após a alta do paciente com retorno a cidade de origem?

Resposta: Após alta do usuário TFD, com liberação do mesmo para retorno à sua cidade de origem, enviar Relatório de Alta com especificação sobre a liberação **do retorno do paciente à sua cidade de origem** a fim de que o TFD providencie as passagens de retorno, entrar em contato nos tels: (34) 3245-2530 e Fax: (34) 3245-2000, para confirmação do recebimento do documento.



Como proceder em relação ao TFD após retorno à sua cidade de origem?

RESPOSTA: Após chegar ao Município o paciente deve encaminhar a Secretaria de Saúde, os tickets (recibos) de embarque das passagens de ida e volta, as notas fiscais (refeições e hospedagem, quando houver) num prazo de 05 (cinco) dias, conforme Termo de Compromisso e Responsabilidade sendo entregue na Secretaria de Saúde. Pois, o não cumprimento acarretará recusa de auxílios futuros.



"CONSTRUINDO UMA
INDIANÓPOLIS PARA
TODOS"

TERMO DE COMPROMISSO Tratamento Fora do Domicilio – TFD



Eu _____
Nacionalidade _____ Estado Civil _____
Portador da Carteira de Identidade nº _____ CPF nº _____
Residente e Domiciliado à Rua/Av. _____
Nº _____ Bairro _____ Cidade _____
Estado _____ Com processo de TFD/SUS/INDI, NA SMS-
INDIANÓPOLIS, assumo a inteira responsabilidade de cumprir as normas do Sistema
Único de Saúde, em especial da Lei nº****, de ***** de 2013, das quais tenho pleno
conhecimento.

Assumo, ainda, o cumprimento apresentado ao TFD/SUS/INDI localizado à Rua
Getúlio Magalhães, 380, Bairro Santana, Indianópolis-MG, para prestação de contas no
tempo hábil de 05 (cinco) dias.

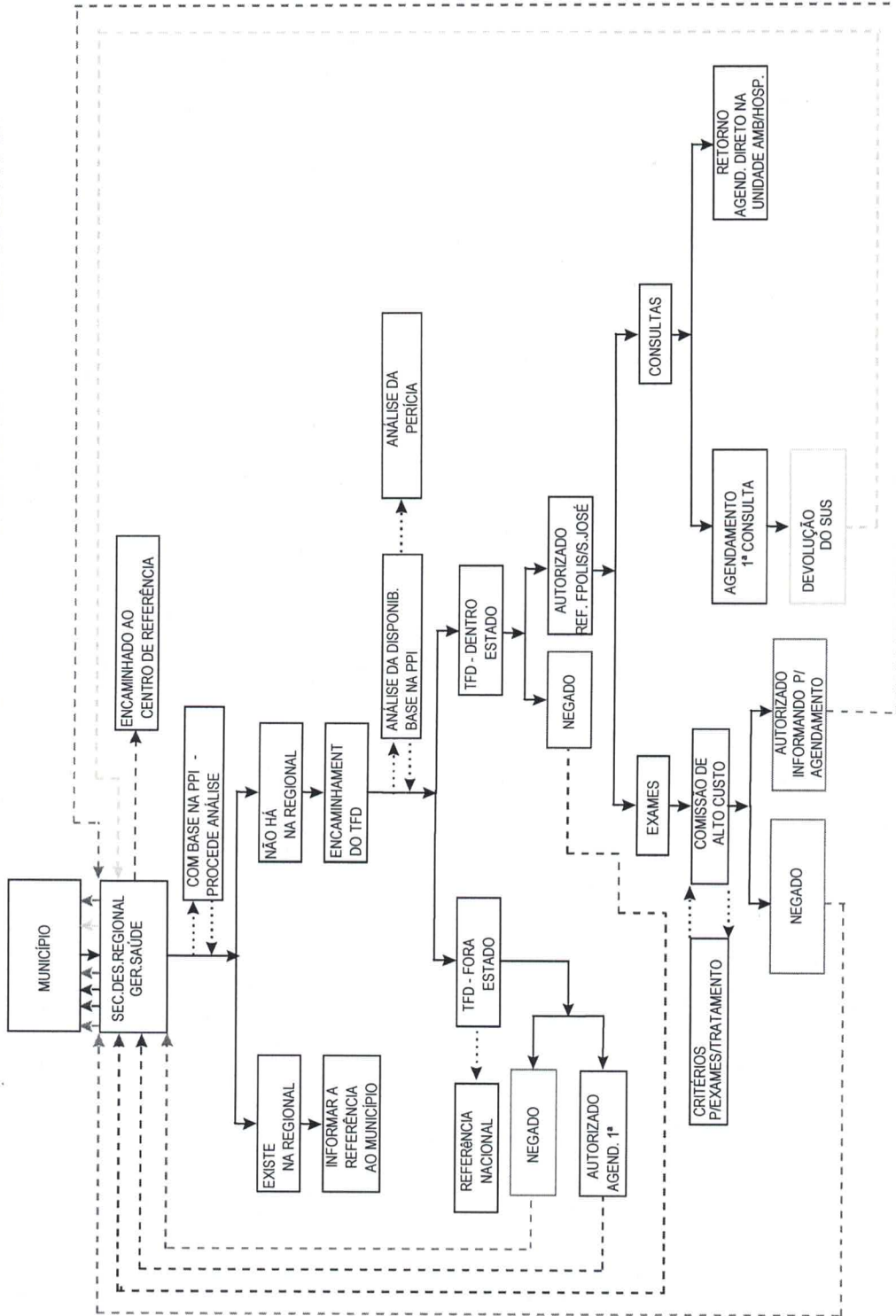
Documentos relacionados ao anexo I da citada portaria que passa à fazer parte constante
deste Termo de Compromisso.

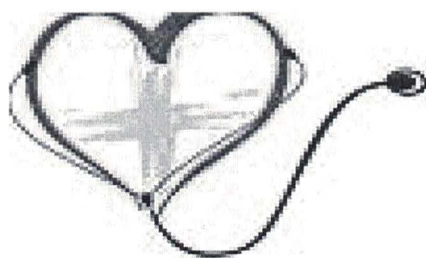
Indianópolis _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO USUÁRIO E/OU RESPONSÁVEL

FLUXOGRAMA

* ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES PARA CONSULTAS / EXAMES / TRATAMENTOS VIA T.F.D. *





SUCESSO EM SEU TRATAMENTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE INDIANÓPOLIS/MG

Prefeitura Municipal de Indianópolis

Praça Urias José da Silva 42 - Indianópolis/MG
 Cep: 38.490-000 - Telefone: (34)32451749
 CNPJ: 18.259.390/0001-84



NOTA DE EMPENHO

0000473

DATA DO EMPENHO 27/02/2013	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0007372	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.04.00.10.301.1001.00.2.018.3.3.90.48.00.00	Nº DA FICHA 98/0
-------------------------------	-------------------	-----------------------------------	---------------------	--	---------------------

OBJETO DA DESPESA AUXÍLIOS FINANCEIROS	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO A VISTA	EXERCÍCIO: 2013
---	----------------------------------	------------------------

INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	FUNTE: Recursos Ordinários	
ORGÃO: 02 PODER EXECUTIVO	SUBFUNÇÃO: 301	Atenção Básica
ENTIDADE: 01 PREFEITURA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS	PROGRAMA: 1001	Melhorias e Qualidade no Sistema Publico Municipal de I
UNIDADE: 04 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROJ/ATIV: 2.018	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ATRAVÉS DA AT
SUBUNIDADE:	ELEMENTO: 3.3.90.48.00.00	Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Fisicis
FUNÇÃO: 10 SAÚDE	SUBELEMENTO 3.3.90.48.00.00	Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Fisicis

CREDOR Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL: MARIA ROCHA PEREIRA	CÓDIGO 000589	CNPJ/CPF: 39929566368
ENDEREÇO: RUA HILÁRIO FERREIRA DE SOUZA N.º 33	BAIRRO: CENTRO	CEP: 38.490-000
CIDADE: INDIANÓPOLIS	UF: MG	TELEFONE: FAX:
		INSCRIÇÃO ESTADUAL: 1.900.541-89

Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.

Ordenadora: _____ Assinatura: EdUARDO H.S. Zamboni

ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS

ITEM	Q'TDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	CONTA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL
001	1	SE	D	AUXÍLIOS FINANCEIROS		620,00	0,00	0,00	620,00

VALOR DOS PRODUTOS: 620,00	DESCONTOS: 0,00	IMPOSTOS: 0,00	FRETE: 0,00	GUIA ORÇAMENTARIA:	GUIA EXTRA:	TOTAL GERAL: 620,00
----------------------------	-----------------	----------------	-------------	--------------------	-------------	----------------------------

HISTÓRICO DO EMPENHO

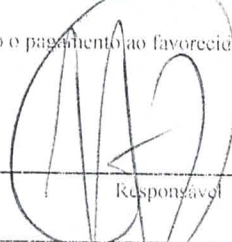
AUXÍLIO FINANCEIRO PARA A SRA MARIA ROCHA PEREIRA PARA PAGAMENTO DE DESPESAS COM VIAGEM PARA SÃO PAULO/SP, PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES, A MESMA NÃO POSSUI RECURSOS FINANCEIROS DISPONÍVEIS NO MOMENTO E ENCONTRA-SE CADASTRADA JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL, CONFORME SOLICITAÇÃO ANEXA DA ASSISTENTE SOCIAL ALESSANDRA RAQUEL ROCHA FERREIRA.

OUTRAS INFORMAÇÕES

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				Gerado por: Luciano Borges da Silva	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 27/02/2013	INICIAL OU SALDO: 50.300,00	EMPENHADO: 620,00	SALDO DISPONÍVEL: 49.680,00	Contador: <u>Luciano Borges da Silva</u>	

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou execução do serviço.

Data: 1/1 Cargo: _____ Assinatura: EdUARDO H.S. Zamboni

Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.	Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Indianópolis:
Data: <u>11/4/13</u>	Data: <u>1/1</u> x <u>Maria Rocha</u>
	Responsável
Nome do responsável:	Documento de identidade:

BANCO: <u>1</u>	AGÊNCIA:	Nº CONTA: <u>33090-7</u>	Nº CHEQUE: <u>122322</u>	TESOUREIRO: <u>[Signature]</u>
-----------------	----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------



Prefeitura Municipal de Indianópolis

Praça Urias José da Silva 42 - Indianópolis/MG

Cep: 38.490-000 - Telefone: (34)32451749

CNPJ: 18.259.390/0001-84



NOTA DE EMPENHO

0000008

DATA DO EMPENHO 02/01/2013	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0007234	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.04.00.10.301.1001.00.2.018.3.3.90.48.00.00	Nº DA FICHA 98/0
-------------------------------	-------------------	-----------------------------------	---------------------	--	---------------------

OBJETO DA DESPESA AUXÍLIOS FINANCEIROS	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO A VISTA	EXERCÍCIO: 2013
---	----------------------------------	-----------------

INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	FONTE: Recursos Ordinários
--------------------------------------	----------------------------

ORGÃO: 02 PODER EXECUTIVO	SUBFUNÇÃO: 301	Atenção Básica
ENTIDADE: 01 PREFEITURA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS	PROGRAMA: 1001	Melhorias e Qualidade no Sistema Público Municipal de
UNIDADE: 04 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROJ/ATIV: 2.018	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ATRAVÉS DA ATI
SUBUNIDADE:	ELEMENTO: 3.3.90.48.00.00	Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas
FUNÇÃO: 10 SAÚDE	SUBELEMENTO 3.3.90.48.00.00	Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas

CREDOR

Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL: MARIA DOS ANJOS	CÓDIGO: 000510	CNPJ/CPF: 04973400629
----------------------------------	-------------------	--------------------------

ENDEREÇO: RUA FLORIANO PEIXOTO 715	BAIRRO: CENTRO	CEP: 38.490-000
---------------------------------------	-------------------	--------------------

CIDADE: UBERLÂNDIA	UF: MG	TELEFONE:	FAX:	INSCRIÇÃO ESTADUAL: 34.869.643-7
-----------------------	-----------	-----------	------	-------------------------------------

Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.

Originadora: _____ Assinatura: Eduardo H.S. Barbosa

ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS

ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	CONTA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL
001	1	SE	D	AUXÍLIOS FINANCEIROS		1.400,00	0,00	0,00	1.400,00

VALOR DOS PRODUTOS: a. 1.400,00	DESCONTOS: 0,00	IMPOSTOS: 0,00	FRETE: 0,00	GUIA ORÇAMENTÁRIA:	GUIA EXTRA:	TOTAL GERAL: 1.400,00
------------------------------------	--------------------	-------------------	----------------	--------------------	-------------	--------------------------

HISTÓRICO DO EMPENHO

AUXÍLIO FINANCEIRO PARA A SRA MARIA DOS ANJOS PARA PAGAMENTO REFERENTE A VIAGEM PARA SÃO PAULO-SP, ONDE SEU FILHO BRENO DE ALMEIDA FAZ TRATAMENTO DE SAÚDE, A MESMA NÃO POSSUI RECURSOS FINANCEIROS DISPONÍVEIS NO MOMENTO E ENCONTRA-SE CADASTRADA JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL, CONFORME SOLICITAÇÃO ANEXA DA ASSISTENTE SOCIAL GISELLY ALVES PEREIRA.

OUTRAS INFORMAÇÕES

DEMONSTRATIVO DA DOTACÃO E CONTABILIZAÇÃO				Gerado por: Lynciano Borges da Silva
DATA CONTABILIZAÇÃO: 02/01/2013	INICIAL OU SALDO: 196.793,00	EMPENHADO: 1.400,00	SALDO DISPONÍVEL: 195.393,00	Contador: LUCIANO BORGES DA SILVA

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou execução do serviço.

Data: 1/1 Cargo: S.M.S. Assinatura: _____

Faço a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.

Data: 18/01/13
Responsável: _____

Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Indianópolis.

Data: 1/1 Amorim do Prado
Responsável

Nome do responsável:

Documento de identidade:

BANCO: 1	AGÊNCIA:	Nº CONTA: 73130.7	Nº CHEQUE: 4451	TESOUREIRO: URIAS JOSÉ ALVES DA SILVA
-------------	----------	----------------------	--------------------	--



Prefeitura Municipal de Indianópolis

Praça Urias José da Silva 42 - Indianópolis/MG
Cep: 38.490-000 - Telefone: (34)32451749
CNPJ: 18.259.390/0001-84

NOTA DE EMPENHO

0000184

DATA DO EMPENHO 21/01/2013	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AE/CI 0007302	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.04.00.10.301.1001.00.2.018.3.3.90.48.00.00	Nº DA LICITAÇÃO 93/0
OBJETO DA DESPESA DESPESAS DE PEQUENO PORTE			CONDIÇÃO DE PAGAMENTO À VISTA		EXERCÍCIO: 2013
INSTITUCIONAL, FUNCIONAL, PROGRAMÁTICA			FONTE: Recursos Ordinários		
ORGÃO: 07 - PODER EXECUTIVO	SUBFUNÇÃO: 301		Atenção Básica		
ENTIDADE: 01 - PREFEITURA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS	PROGRAMA: 1001		Melhorias e Qualidade no Sistema Público Municipal		
UNIDADE: 01 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROJATIV: 2.018		ATIVIDADES DE DESENVOLVIDAS ATRAVÉS DE		
SUBUNIDADE:	ELEMENTO: 3.3.90.48.00.00		Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas		
FUNÇÃO: 10 - SAÚDE	SUBELEMENTO: 3.3.90.48.00.00		Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas		

CREDOR

RAZÃO SOCIAL: **EDUARDO HENRIQUE DE SOUZA BARBOSA**

ENDEREÇO: PRAÇA URIAS JOSÉ DA SILVA

CIDADE: INDIANÓPOLIS

UF: MG TELEFONE: FAX:

BAIRRO: CENTRO

CNPJ/CPF: 000874 / 03471348662

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 18.490-000

Página 1 de

Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.

Assinatura: *[Assinatura]*

ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS

ITEM	QTD	UN	D/R	DESCRIÇÃO	CONTA	VALOR UNITÁRIO	% DISC	% IMP.	VALOR TOTAL
001	1	SE	D	AUXÍLIOS FINANCEIROS		300,000	0,00	0,00	300,00
F.M. SAÚDE									
COR DOS PRODUTOS: 300,00		DESCONTOS: 0,00		IMPOSTOS: 0,00		FRETE: 0,00		GUÍ-A ORÇAMENTÁRIA: 0,00	
						GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL: 300,00	

HISTÓRICO DO EMPENHO

ADIANTEAMENTO PARA COBERTURA DE DESPESAS DE PEQUENO PORTE E PRONTO PAGAMENTO PARA O SERVIDOR MUNICIPAL EDUARDO HENRIQUE DE S. BARBOSA PARA PAGAMENTO DE DESPESAS DE CONSULTA - PSIQUIATRIA INFANTE, CONFORME DISCRIMINADO NA SOLICITAÇÃO DE ADIANTEAMENTO EM AXEXO E DE ACORDO COM O ART. 3º DA LEI MUNICIPAL 1183/2001.

OUTRAS INFORMAÇÕES

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO

DATA CONTABILIZAÇÃO: 21/01/2013

INICIAL OU SALDO: 167.250,00

EMPENHADO: 300,00

SALDO DISPONÍVEL: 166.950,00

Contador: *[Assinatura]*

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material em execução do serviço.

Data: ___/___/___ Cargo: *Secret.*

Assinatura: *[Assinatura]*

Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais

Data: 22/2/13

[Assinatura]
Responsável

Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Indianópolis.

Data: ___/___/___

[Assinatura]
Responsável

RANCO: 1

AGÊNCIA:

Nº CONTA: 93130-7

Nº CHEQUE: 4464

TELOUREP: *[Assinatura]*

Prefeitura Municipal de Indianópolis

Praça Urias José da Silva 42 - Indianopolis/MG
 Cep: 38.490-000 - Telefone: (34)32-451749
 CNPJ: 18.259.390/0001-84



NOTA DE EMPENHO

0000472

DATA DO EMPENHO 27/02/2013	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0007371	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTARIA 02.01.04.00.10.301.1001.00.2.018.3.3.90.48.00.00	Nº DA FICHA 98/0
OBJETO DA DESPESA AUXILIOS FINANCEIROS			CONDIÇÃO DE PAGAMENTO A VISTA		EXERCÍCIO: 2013
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA			FONTE: Recursos Ordinários		
ORGÃO: 02 PODER EXECUTIVO	SUBFUNÇÃO: 301		Atenção Básica		
ENTIDADE: 01 PREFEITURA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS	PROGRAMA: 1001		Melhorias e Qualidade no Sistema Publico Municipal de S		
UNIDADE: 04 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROJATIV: 2.018		ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ATRAVES DA AT		
SUBUNIDADE:	ELEMENTO: 3.3.90.48.00.00		Outros Auxilios Financeiros a Pessoas Fisicas		
FUNÇÃO: 10 SAÚDE	SUBELEMENTO: 3.3.90.48.00.00		Outros Auxilios Financeiros a Pessoas Fisicas		

Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL MARIA DOS ANJOS			CÓDIGO: 000510	CNPJ/CPF: 04973400629
ENDEREÇO: RUA FLORIANO PLEXOTO 715			BAIRRO: CENTRO	CEP: 38.490-000
CIDADE: UBERLÂNDIA	UF: MG	TELEFONE:	FAX:	INSCRIÇÃO ESTADUAL: 34.869.643-7

Realizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.

Ordenadora:

Assinatura: Eduardo H S B...

ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS

ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	CONTA	VALOR UNITÁRIO	% DI-SC	% IMP.	VALOR TOTAL
001		1 SE D		AUXILIOS FINANCEIROS		1.050,000	0,00	0,00	1.050,00
VALOR DOS PRODUTOS:						1.050,00	DESCONTOS:		0,00
IMPOSTOS:						0,00	FRETE:		0,00
GUIA ORÇAMENTÁRIA:							GUIA EXTRA:		
TOTAL GERAL:						1.050,00			

HISTÓRICO DO EMPENHO

AUXILIO FINANCEIRO PARA A SRA MARIA DOS ANJOS PARA PAGAMENTO DE DESPESAS COM VIAGEM PARA BAURU/SP, PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO MÉDICO. A MESMA NÃO POSSUI RECURSOS FINANCEIROS DISPONÍVEIS NO MOMENTO E ENCONTRA-SE CADASTRADO(A) JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL, CONFORME SOLICITAÇÃO ANEXA DA ASSISTEN E SOCIAL ALESSANDRA RAQUEL ROCHA FERREIRA.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciano Borges da Silva

DEMONSTRATIVO DA DETACAO E CONTABILIZACAO

DATA CONTABILIZAÇÃO: 27/02/2013	INICIAL OU SALDO: 50.730,00	EMPENHADO: 1.050,00	SALDO DISPONIVEL: 49.680,00	Contador: LUCIANO BORGES DA SILVA
------------------------------------	--------------------------------	------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou execução do serviço.

Data: 27/02/13

Cargo: SECRETARIA AUX

Assinatura: Eduardo H S B...

Face a liquidação processada autorizo o pagamento do fornecido, atendidas as formalidades legais.

Recebemos o valor total da presente nota de empenho que dou plena, total e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Indianópolis.

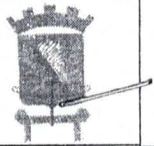
Data: 26/13/2013

[Handwritten Signature]
Responsável

Data: 1/1/2013 Maria dos Anjos
Responsável

Nome do responsável:
Documento de identidade: Maria dos Anjos

BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA: 090-3 73.330-7	Nº CHEQUE: 798 173369	TESOUREIRO: URIAS JOSÉ ALVES DA SILVA
--------	----------	-----------------------------	--------------------------	--



Prefeitura Municipal de Indianópolis

Praça Urias José da Silva 42 - Indianópolis/MG
Cep 38.490-000 - Telefone: (34)32451749
CNPJ: 18.259.390/0001-84



NOTA DE EMPENHO

0000654

DATA DO EMPENHO 15/03/2013	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0007395	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.04.00.10.301.1001.00.2.018.3.3.90.48.00.00	Nº DA FICHA 98/0
OBJETO DA DESPESA AUXILIO SAUDE			CONDIÇÃO DE PAGAMENTO A VISTA		EXERCÍCIO: 2013
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA			FONTE: Recursos Ordinários		
ORGÃO: 02 PODER EXECUTIVO	SUBFUNÇÃO: 301		Atenção Básica		
ENTIDADE: 01 PREFEITURA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS	PROGRAMA: 1001		Melhorias e Qualidade no Sistema Público Municipal de		
UNIDADE: 04 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROJ/ATIV: 2.018		ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ATRAVÉS DA AT		
SUBUNIDADE:	ELEMENTO: 3.3.90.48.00.00		Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas		
FUNÇÃO: 10 SAÚDE	SUBELEMENTO 3.3.90.48.00.00		Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas		

Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL SAO SEBASTIÃO LTDA			CÓDIGO: 004272	CNPJ/CPF: 16827289000157
ENDEREÇO: AV TIRADENTES 259			BAIRRO: CENTRO	CEP: 38.440-239
CIDADE:	UF: MG	TELEFONE: 32498100	FAX:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:

torizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.

Ordenadora:

Assinatura: Coloardo H.S. Boubet

ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS

ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	CONTA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL				
001	1	SE	D	AUXILIO SAÚDE		600,00	0,00	0,00	600,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
600,00		0,00		0,00		0,00						600,00	

HISTÓRICO DO EMPENHO

AUXILIO SAÚDE PARA A SRA ROSINEI VIEIRA PAULOSSO BERNARDES PARA PAGAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO DE SEU FILHO MAICON HENRIQUE NÃO DISPONÍVEL NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE. A MESMA NÃO POSSUI RECURSOS FINANCEIROS DISPONÍVEIS NO MOMENTO E ENCONTRA-SE CADASTRADA JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL, CONFORME SOLICITAÇÃO ANEXA DA ASSISTENTE SOCIAL ALESSANDRA RAQUEL ROCHA FERREIRA E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Marcus Vinicius Alves de Almeida

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				Contador: <u>Luciano Borges da Silva</u>
DATA CONTABILIZAÇÃO: 15/03/2013	INICIAL OU SALDO: 45.131,00	EMPENHADO: 600,00	SALDO DISPONÍVEL: 44.531,00	LUCIANO BORGES DA SILVA

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou execução do serviço.

Data: 1/1/ Cargo: Assinatura:

Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.

Data: 9/4/13

Responsável:

Recebemos o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Indianópolis.

Data: 1/1/ **HOSPITAL SAO SEBASTIAO LTDA**

Nome do responsável:

Documento de identidade: 1110.302.554/2016

BANCO: <u>1</u>	AGÊNCIA: <u></u>	Nº CONTA: <u>80282</u>	Nº CHEQUE: <u>281698</u>	TESOUREIRO: <u>Urias José Alves da Silva</u>
-----------------	------------------	------------------------	--------------------------	--

Prefeitura Municipal de Indianópolis

Praça Ultras José da Silva 42 - Indianópolis/MG
Cep: 38.490-000 - Telefone: (34)32451749
CNPJ: 18.259.390/0001-84



NOTA DE EMPENHO

0000657

DATA DO EMPENHO 15/03/2013	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CJ 0007398	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.04.00.10.301.1001.00.2.018.3.3.90.48.00.00	Nº DA FICHA 98/0
OBJETO DA DESPESA AUXILIO SAUDE				CONDIÇÃO DE PAGAMENTO A VISTA	EXERCÍCIO: 2013
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				FONTE: Recursos Ordinários	
ORGÃO: 02 PODER EXECUTIVO	ENTIDADE: 01 PREFEITURA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS	UNIDADE: 04 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	SUBUNIDADE: FUNÇÃO: 10 SAÚDE	SUBFUNÇÃO: 301	PROGRAMA: 1001
				PROJATIV: 2.018	ELEMENTO: 3.3.90.48.00.00
				SUBELEMENTO: 3.3.90.48.00.00	

Página 1 de 1

CREDOR

RAZÃO SOCIAL: **MARIA APARECIDA PEREIRA NUNES DA CRUZ**

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: MG TELEFONE: _____ FAX: _____

CODIGO: 004273 CNPJ/CPF: 07148245699

BAURU: _____ CEP: _____

INSCRIÇÃO ESTADUAL: _____

Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecendo às condições e especificações constantes desta nota de empenho.

Assinatura: Edmundo H.S. Barbato

ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS

ITEM	QTD	UN	D/R	DESCRIÇÃO	CONTA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP	VALOR TOTAL
001	1	SE	D	AUXILIO SAUDE		1.300,00	0,00	0,00	1.300,00
VALOR DOS PRODUTOS: 1.300,00						DESCONTOS: 0,00		IMPOSTOS: 0,00	
FRETE: 0,00						GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:	
						TOTAL GERAL:		1.300,00	

HISTÓRICO DO EMPENHO

AUXILIO SAÚDE PARA A SRA MARIA APARECIDA PEREIRA NUNES DA CRUZ PARA PAGAMENTO DE EXAMES E TRATAMENTO MÉDICO NA CIDADE DE BAURU-SP NÃO DISPONÍVEL NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE. A MESMA NÃO POSSUI RECURSOS FINANCEIROS DISPONÍVEIS NO MOMENTO E ENCONTRA-SE CADASTRADA JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL, CONFORME SOLICITAÇÃO ANEXA DA ASSISTENTE SOCIAL ALESSANDRA RAQUEL ROCHA FERREIRA E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Marcus Vinicius Alves de Almeida

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO

DATA CONTABILIZAÇÃO: 15/03/2013	INICIAL OU SALDO: 44.531,00	EMPENHADO: 1.300,00	SALDO DISPONÍVEL: 43.231,00
------------------------------------	--------------------------------	------------------------	--------------------------------

Contador: Luciano Borges da Silva

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material e execução do serviço.

Data: 1/1/ Cargo: _____ Assinatura: Edmundo H.S. Barbato

Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais

Data: 9/4/13 Responsável: [Assinatura]

Recebemos o valor total da presente nota de empenho que dou plena e inteira quitação à Prefeitura Municipal de Indianópolis.

Data: 1/1/ Maria Aparecida Nunes Responsável

Nome do responsável: _____ Documento de identidade: _____

BANCO: 1 AGÊNCIA: _____ Nº CONTA: 80282 Nº CHEQUE: 281096 TESOUREIRO: [Assinatura]

ULTRAS JOSÉ ALVES DA SILVA

Prefeitura Municipal de Indianópolis

Praça Urias José da Silva 42 - Indianópolis/MG

Cep: 38.490-000 - Telefone: (34)32451749

CNPJ: 18.259.390/0001-84



NOTA DE EMPENHO

0001158

DATA DO EMPENHO 24/05/2013	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0007485	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTARIA 02.01.04.00.10.301.1001.00.2.018.3.3.90.48.00.00	Nº DA FICHA 98/0
OBJETO DA DESPESA AUXILIO SAUDE			CONDIÇÃO DE PAGAMENTO A VISTA		EXERCÍCIO: 2013
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA			FUNTE: Recursos Ordinários		
ORGÃO: 02 PODER EXECUTIVO	ENTIDADE: 01 PREFEITURA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS	UNIDADE: 04 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	SUBUNIDADE:	SUBFUNÇÃO: 301	Atenção Básica
FUNÇÃO: 10 SAÚDE				PROGRAMA: 1001	Melhorias e Qualidade no Sistema Público Municipal de
				PROJ/ATIV: 2.018	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ATRAVÉS DA ATI
				ELEMENTO: 3.3.90.48.00.00	Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas
				SUBELEMENTO 3.3.90.48.00.00	Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas

Página 1 de 1

CREDOR			CÓDIGO: 000510	CNPJ/CPF: 04973400629
RAZÃO SOCIAL: MARIA DOS ANJOS			BAIRRO: CENTRO	CEP: 38.490-000
ENDEREÇO: RUA FLORIANO PEIXOTO 715			UF: MG	TELEFONE:
CIDADE: UBERLÂNDIA			FAX:	INSCRIÇÃO ESTADUAL: 34.869.643-7
Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.				
Comenador: SERGIO PAZINI			Assinatura: <i>Eduardo H.S. Zamboni</i>	

ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS													
ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	CONTA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL				
001	1	SE	D	AUXILIO SAÚDE		600,000	0,00	0,00	600,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTARIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
600,00		0,00		0,00		0,00						600,00	

HISTÓRICO DO EMPENHO
 AUXILIO FINANCEIRO PARA A SRA MARIA DOS ANJOS PARA PAGAMENTO REFERENTE A DESPESAS COM VIAGEM PARA A CIDADE DE BAURU-SP, ONDE SEU FILHO FAZ TRATAMENTO MEDICO CONTINUADO NÃO DISPONIVEL NA REDE PUBLICA MUNICIPAL DE SAUDE. A FAMILIA NÃO POSSUI RECURSOS FINANCEIROS NO MOMENTO E ENCONTRA-SE CADASTRADO JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL, CONFORME SOLICITAÇÃO ANEXA DA ASSISTENTE SOCIAL.

OUTRAS INFORMAÇÕES Gerado por: Marcus Vinicius Alves de Almeida

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				Contador: <i>Marcus Vinicius Alves de Almeida</i>
DATA CONTABILIZAÇÃO: 24/05/2013	INICIAL OU SALDO: 1.031,00	EMPENHADO: 600,00	SALDO DISPONIVEL: 431,00	MARCUS VINICIUS ALVES DE ALMEIDA

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou execução do serviço.

Data: / / Cargo: _____ Assinatura: *Eduardo H.S. Zamboni*

Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.		Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Indianópolis.	
Data: <u>7/16/13</u>	<i>[Assinatura]</i> Responsável	Data: <u>07/16/13</u>	<i>Claudio Francisco de Almeida</i> Responsável
BANCO: <u> </u>	AGÊNCIA: <u> </u>	Nº CONTA: <u>73088-4</u>	Nº CHEQUE: <u>172415</u>
TESOUREIRO: MAURO CAETANO JUNIOR		Documento de identidade: <u>3484536 SSP GO</u>	

Prefeitura Municipal de Indianópolis

Praça Urias José da Silva 42 - Indianópolis/MG
 Cep: 38.490-000 - Telefone: (34)32451749
 CNPJ: 18.259.390/0001-84



NOTA DE EMPENHO

0001467

DATA DO EMPENHO 09/07/2013	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0007566	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.04.00.10.301.1001.00.2.018.3.3.90.48.00.00	Nº DA FICHA 98/0
-------------------------------	-------------------	-----------------------------------	---------------------	--	---------------------

OBJETO DA DESPESA AUXILIO SAUDE	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO A VISTA	EXERCÍCIO: 2013
------------------------------------	----------------------------------	------------------------

INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	FONTE: Recursos Ordinários
ORGÃO: 02 PODER EXECUTIVO	SUBFUNÇÃO: 301 Atenção Básica
ENTIDADE: 01 PREFEITURA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS	PROGRAMA: 1001 Melhorias e Qualidade no Sistema Público Municipal de S
UNIDADE: 04 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROJ/ATIV: 2.018 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ATRAVÉS DA ATI
SUBUNIDADE:	ELEMENTO: 3.3.90.48.00.00 Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas
FUNÇÃO: 10 SAÚDE	SUBELEMENTO 3.3.90.48.00.00 Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas

CREDOR		CÓDIGO: 004217	CNPJ/CPF: 01390170000192
RAZÃO SOCIAL: LABORATORIO VIRCHOW LTDA		BAIRRO: LÍDICE	CEP: 38.400-086
ENDEREÇO: RUA OLEGÁRIO MACIEL, 1315		UF: MG	TELEFONE: (34) 3219-4056
CIDADE:		FAX:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:

Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.

Ordenador: SERGIO PAZINI

Assinatura: Edmundo H S Barbosa

ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS

ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	CONTA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL				
001	1	SE	D	AUXILIO SAÚDE		80,000	0,00	0,00	80,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
80,00		0,00		0,00		0,00						80,00	

HISTÓRICO DO EMPENHO

DESPESAS COM AUXILIO SAUDE PARA A SRA IVANI DA SILVA REZENDE PARA REALIZAÇÃO DE BIOPSIA GASTRICA. EXAME NÃO REALIZADO PELA UNIDADE MISTA DE SAUDE MUNICIPAL E PACIENTE ENCONTRA-SE CADASTRADA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL. CONFORME SOLICITAÇÃO EM ANEXO.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Marcus Vinicius Alves de Almeida

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				Contador: <u>Marcus Vinicius Alves de Almeida</u>
DATA CONTABILIZAÇÃO: 09/07/2013	INICIAL OU SALDO: 431,00	EMPENHADO: 80,00	SALDO DISPONÍVEL: 351,00	MARCUS VINICIUS ALVES DE ALMEIDA

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou execução do serviço.

Data: 09/07/13 Cargo: Sec. Saúde Assinatura: Edmundo H S Barbosa

Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.	Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Indianópolis.
Data: <u>24/07/13</u>	Data: <u> / / </u> CÉDITO EM CONTA
<u>[Assinatura]</u> Responsável	Responsável
Nome do responsável:	Documento de identidade:

BANCO: 001	AGÊNCIA: 2233-8	Nº CONTA: 8628-2	Nº CHEQUE:	TESOUREIRO: MAURO CAETANO JUNIOR
---------------	--------------------	---------------------	------------	-------------------------------------