



OFÍCIO/PGF nº 016/2025

Araraquara/SP, 28 de fevereiro de 2025

Ao Excelentíssimo Senhor  
**LUIS CLAUDIO LAPENA BARRETO**  
Prefeito Municipal  
Rua São Bento, n. 840 – Centro  
Araraquara/SP

**Ref.:** Informações referentes a Nota Fiscal n. 652 – HOIP Hospital Oftalmológico

Exmo. Sr. Prefeito:

**A FUNDAÇÃO MUNICIPAL IRENE SIQUEIRA ALVES “VOVÓ MOCINHA”, A MATERNIDADE GOTA DE LEITE DE ARARAQUARA (FUNGOTA ARARAQUARA)**, fundação pública de direito privado, regularmente inscrita no CNPJ/ME sob o nº 14.986.862/0001-40, com endereço na Rua Carlos Gomes, n. 1610, Centro, no município de Araraquara/SP, CEP 14.801-340, neste ato representada por sua **DIRETORA EXECUTIVA EMANUELLE LAURENTI**, portadora da cédula de identidade RG nº 33.613.453-8, regularmente inscrita no CPF/MF sob o nº 316.611.088-73, vem, pelo presente, expor e requerer o que segue:

Nobre Prefeito, informamos inicialmente que a natureza do serviço fornecido, compete a avaliações oftalmológicas dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal e Pediátrica, bem como do setor de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN).

A Justificativa para a requisição do serviço se dá pelo fato de que todos os bebês prematuros, em especial, os prematuros extremos, que utilizam oxigenioterapia por longo período, devem ser avaliados pelo oftalmologista, como forma de prevenção de retinopatia neonatal. Esta avaliação é obrigatória, para que ao



paciente não ocorra intercorrências, interrupção do crescimento dos vasos sanguíneos, dentre outros. Tudo como forma de preservar a integridade física dos bebês.

A depender da gravidade, o paciente prematuro e prematuro em extremo, passará por várias avaliações. Dependendo o prognóstico os médicos (intensivista neonatal e oftalmologista), há decisão acerca da alta ou da continuidade do tratamento, percorrendo até a permanência do acompanhamento ambulatorial por anos.

Neste sentido, considerando que o atendimento é caracterizado como interconsulta e que no Plano Básico Organizacional da Fundação não há o cargo de oftalmologista, não contamos em nosso quadro de profissionais, a supramencionada especialidade.

Ora, os atendimentos são específicos para um determinado público e o acionamento do oftalmologista apenas ocorre quando há pacientes prematuros e/ou prematuros extremos.

Assim, tendo em vista que é imprevisível a quantidade de atendimentos que será realizada no mês, considerando que há períodos em que ocorre com mais frequência (leia-se de dois a três pacientes no mês) e períodos em que não há nascimentos de bebês em prematuridade, o caráter do serviço não impõe a criação do cargo na Fundação neste momento.

Neste sentido, a partir da necessidade do serviço (interconsulta), o setor hospitalar encaminhou a solicitação ao setor responsável, que providenciou o empenho e após a regular prestação do serviço, emitiu-se a nota e promoveu-se a sua respectiva liquidação e pagamento.

Diante das informações prestadas, afirmo que a FunGota sempre executa suas ações com transparência e de forma idônea.

Com a juntada dos documentos anexos, nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Com protestos de elevada estima e distinta consideração.

Cordialmente,

  
**EMANUELLE LAURENTI**  
Diretora Executiva



## Pagamento a terceiros - Consulta lançamentos de um lote

G332291230960914055  
29/01/2025 12:52:34

### Dados consultados

Agência 82-5  
Conta 87367-5 FUNDACAO MUNICIPAL IRENE SIQUE  
Descrição lote PAG DIVERS DOC  
Situação lote PROCESSADO  
Data para débito 23/01/2025  
Data para pagamento 23/01/2025

### Favorecidos

Nome	Situação lançamento	Banco	Agência	Conta	Valor R\$
BALLESTERO LUZ LIMA E BON	PROCESSADO	748	3009	15.939	15.979,32
CLINICA CARDIOKIDS	DEVOLVIDO	748	3009	3.121	14.089,20
HOIP HOSPITAL OFTALMOLOGI	PROCESSADO	033	3432	13.003.119	1.185,60

Transação efetuada com sucesso por: JC694836 ANDREA SILVANA DOS SANTOS.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



FUNDAÇÃO MUNICIPAL IRENE SIQUEIRA ALVES VOVÓ MOCINHA  
CNPJ - 14.986.862/0001-40

1ª VIA

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

PROGRAMA: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL - UG:0018 Fundação Gota de Leite	EMPENHO/TIPO 2024/001548/ 001 Ordinário	RECURSO Orçamentário 369
ÓRGÃO 06 Fundação Gota de Leite	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 Maternidade Gota de Leite de Arar	N. CONTA 393
DOTAÇÃO 103021152.491339039500000 SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, OLO		

CREDOR 515 HOIP - HOSPITAL OFTALMOLOGICO INTERIOR P 000 AV. JOSE BONIFACIO 794 CENTRO	3331-5531 FONE	ARARAQUARA CIDADE	19.450.175/0001-68	SE
---	-------------------	----------------------	--------------------	----

LICITAÇÃO Dispensa por Justific	NÚMERO	SOLICITAÇÃO 1688/2024	PROC. COMPRA	EMISSÃO 13.10.24	VENCIMENTO 20.10.24
------------------------------------	--------	--------------------------	--------------	---------------------	------------------------

VALOR ORÇADO 1.200,00	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO 1.200,00	SALDO ATUAL 0,00
--------------------------	----------------	------------------------------	---------------------

ITEM	QNT.	UN.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	RETENÇÕES
1	1		SERVICOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E OPTAMOLOGIA. REF.11/2024.	1.200,00	1.200,00	4105-IPRF - FUNGOTA 14,40

TOTAL DESCONTOS	TOTAL RETENÇÕES	14,40
-----------------	-----------------	-------

Operador: ISLON	TOTAL GERAL	1.200,00	TOTAL LÍQUIDO	1.185,60
-----------------	-------------	----------	---------------	----------

DOCUMENTO N. _____ REGISTRO N. _____ DATA _____/_____/_____	CONTRATUALIZAÇÃO RECURSO FEDERAL REDE CEGONHA C/C 87367-5 7390	PAGUE-SE
CHEQUE N. _____ BANCO _____ C.APL. 3000141 FUNGOTA - REDE CEGONHA	DATA: _____/_____/_____	

RECIBO

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

ANOTAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
652



Data e Hora da Emissão	17/12/2024 07:43:26	Competência	17/12/2024	Código de Verificação	EWZWUIBJR
Número do RPS		Nº. da NFS-e substituída		Local da Prestação	ARARAQUARA - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	HOIP - HOSPITAL OFTALMOLÓGICO DO INTERIOR PAULISTA LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	19.452.175/0001-68	Inscrição Municipal	1292581	Município	ARARAQUARA - SP
Endereço e CEP	AVENIDA JOSÉ BONIFÁCIO ,794 - CENTRO CEP: 14801-150				
Complemento		Telefone	(16)3301-2700	e-mail	mauricio@acass.com.br

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	FUND. MUN. IRENE SIQUEIRA ALVES VOVÓ MOCINHA - MAT. GOTA DE LEITE - AQA (FUNGOTA AQA)				
CNPJ/CPF	14.986.862/0001-40	Inscrição Municipal	1258771	Município	ARARAQUARA - SP
Endereço e CEP	RUA CARLOS GOMES ,1610 - CENTRO CEP: 14801-340				
Complemento	- DE 1070/1071 A 3123/3124	Telefone		e-mail	

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EM OFTALMOLOGIA REF 11/2024.

Valor Aproximado dos Tributos: 16,14%

515 / 1548

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 8630501 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	
----------------	--	------------	--

Tributos Federais

PIS (R\$)		COFINS (R\$)		IR (R\$)	14,40	INSS (R\$)		CSLL (R\$)	
-----------	--	--------------	--	----------	-------	------------	--	------------	--

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R\$	1.200,00	Natureza Operação		Valor do Serviço R\$	1.200,00
(-) Descanto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município		(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Descanto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação		(-) Descanto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	14,40	0-Nenhum		Base de Cálculo	1.200,00
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não		ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R\$	1.185,60	Incentivador Cultural		(=) Valor do ISSQN R\$	24,00
		2-Não			

Avisos

- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <http://ARARAQUARA.ginfes.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



NOTA DE EMPENHO

PROGRAMA: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL - UG:0018 Fundação Gota de Leite	N.EMPENHO/TIPO 001548/24 Ordinário	RECURSO ORCA 369
ÓRGÃO 06 Fundação Gota de Leite	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 Maternidade Gota de Leite de Arar	
DOTAÇÃO 100021152.491339039500000	SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODO	N. CONTA 392

CREDOR 515 HOIP - HOSPITAL OPTALMOLOGICO INTERIOR P 000	19.452.175/0001-68
AV. JOSE BONIFACIO 794 CENTRO	3331-5531
ENDEREÇO	ARARAQUARA CIDADE
	SP

LICITAÇÃO	NÚMERO	SOLICITAÇÃO	PROC.COMPR	EMISSÃO	VENCIMENTO
Dispensa por Justific		1688/2024		13.12.24	13.12.24

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
1.272.343,24	63.058,68	1.200,00	61.858,68

ITEM	QNT.	UN.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	RETENÇÕES
1	1,0000		SERVICOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E OPTAMOLOGIA. REF.11/2024.	1.200,0000	1.200,0000	

TOTAL DESCONTOS		TOTAL RETENÇÕES	
Operador: ISLON	TOTAL GERAL	TOTAL LÍQUIDO	
	1.200,00	1.200,00	

3000141 FUNGOTA - REDE CEGONHA (4547)

**QUEIRAM FORNECER A ESTÁ FUNDAÇÃO A CIMA ESPECIFICADA**

- a) Exige-se NOTA FISCAL (Venda a Comerciante)
- b) As notas serão aceitas de acordo com a ordem de Compra
- c) A Prefeitura não se responsabiliza por fornecimento sem a respectiva ordem
- d) Deverá constar na NOTA FISCAL, o N. da Ordem de Compra
- e) Não serão recebidas, as ENTREGAS PARCIAIS dos materiais.

**IMPORTANTE:**



Fundação Municipal Irene Siqueira Alves - Vovó Mocinha  
Maternidade Gota de Leite de Araraquara

# REQUISIÇÃO DE COMPRAS DE SERVIÇOS

1688/ 2024

DIRETORIA				APLICAÇÃO (SETOR)			
ADMINIST. ( )		HOSPITALAR ( X )		UPAs ( )		UTI/UCI	
It	Código	Qtd.	U.N.	DISCRIMINAÇÃO		Valor Unitário	Valor Total
				MATERIAL ( )	SERVIÇO ( X )		
1.		04		Interconsultas realizadas para os RNs internados na maternidade.		R\$ 300,00	R\$ 1.200,00
2.							
3.							
4.							
5.							

OBSERVAÇÕES: <b>Maternidade</b>		CADASTRONO SISTEMA (MATERIAIS)
		EM: ____ / ____ / ____
		Almoxarifado
SOLICITADO POR	VISTO DIRETORIA ADMINISTRATIVA	VISTO DIRETORIA EXECUTIVA
EM: 09/12/2024	EM: 10/12/24	EM: 10/12/24
Graziele Farias de Almeida Assessora Hospitalar FUNGOTA RG: 48.019.882-8	JOICE NOGUEIRA CALERA Diretora Administrativa RG: 43.587.444-5	Lucia Mocinha de Almeida Diretora Executiva FUNGOTA CPF 064.124.809-38
Requisitante	Diretora Administrativa	

FORNECEDOR: HOIP- HOSPITAL OFTALMOLÓGICO DO INTERIOR PAULISTA		CÓDIGO
		CNPJ
ENDEREÇO:	CEP	FONE:

Reques = 369.

13/12/2024  
Arde

Examinador

□ □ □ □ □ □ □ □

Nome

HU FRACION MAGRO  
DN 0 01/09/2024  
MAE MARIA EDUARDA  
MAGRO BELTNER

Prontuário Hospital/Cidade: \_\_\_\_\_

Exame 3

Data

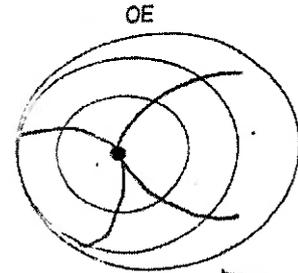
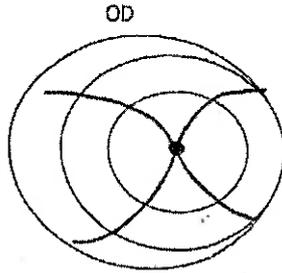
27/11/24

Idade

semanas

- Diâmetro Pupilar (mm)
- Dilatação vasos íris (Sim ou Não)
- Turvação vítrea (Sim ou Não)
- Preplus (Sim ou Não)
- Plus (Sim ou Não)
- Estágio (0 to 5)
- Zona (0 to 3)
- Horas (0 to 12)

OD	OE
—	—
~	~
~	~
~	~
~	~
0	0
0	0



- ROP Tipo 1 (Sim ou Não)
- ROP Tipo 2 (Sim ou Não)

0	0
0	0

anexulo, zona III & ROP

Conduta

- 1 Alta
- 2 Seguimento em
- 3 Tratamento

2 semanas

Dr. Raphael C. R. Abreu  
Oftalmologista  
CRM-SP 2441901 RQE 112767

Data do próximo exame:

11/12/24

Examinador: \_\_\_\_\_

Exame 4

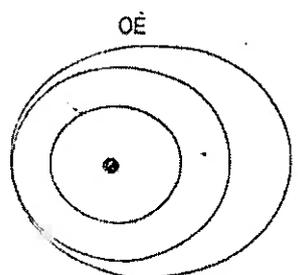
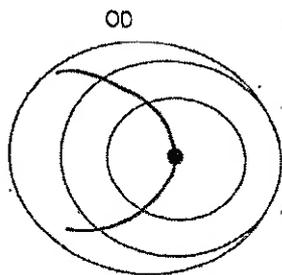
Data

Idade

semanas

- Diâmetro Pupilar (mm)
- Dilatação vasos íris (Sim ou Não)
- Turvação vítrea (Sim ou Não)
- Preplus (Sim ou Não)
- Plus (Sim ou Não)
- Estágio (0 to 5)
- Zona (0 to 3)
- Horas (0 to 12)

OD	OE



- ROP Tipo 1 (Sim ou Não)
- ROP Tipo 2 (Sim ou Não)


Conduta

- 1 Alta
- 2 Seguimento em  semanas
- 3 Tratamento

Data do próximo exame: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_

Exame 5

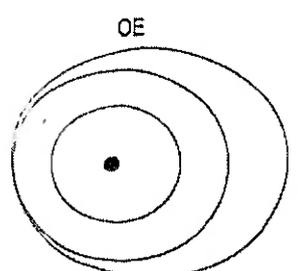
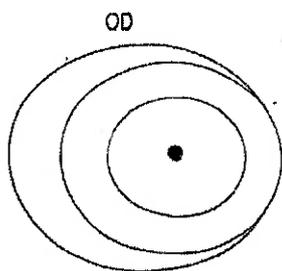
Data

Idade

semanas

- Diâmetro Pupilar (mm)
- Dilatação vasos íris (Sim ou Não)
- Turvação vítrea (Sim ou Não)
- Preplus (Sim ou Não)
- Plus (Sim ou Não)
- Estágio (0 to 5)
- Zona (0 to 3)
- Horas (0 to 12)

OD	OE



- ROP Tipo 1 (Sim ou Não)
- ROP Tipo 2 (Sim ou Não)


Conduta

- 1 Alta
- 2 Seguimento em  semanas

Data do próximo exame: \_\_\_\_\_

Arthur Ramon Magro  
DN 04/08/2024

FORMULARIO DE EXAME - RETINOPATIA DA PREMATURIDADE - GRUPO ROP BRASIL

Número:

Unidade Neonatal: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo:  1 Masculino  2 Feminino   
 Tel: \_\_\_\_\_

Alto:  1 Sim  2 Não   
 Referido:  1 Sim, de \_\_\_\_\_  2 Não

Peso de Nascimento:     g   
 Idade Gestacional:   sem   
 Tipo de nascimento:  1 Único  2 Gemelar

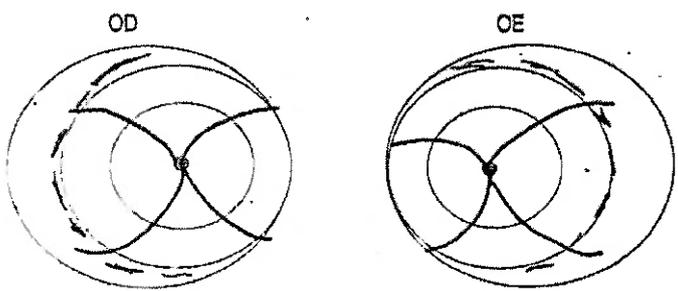
Data de Nascimento:    2   
 dia mês ano

Dias em oxigênio (qualquer método):   dias   
 Dias ventilado:

Exame 6   
 Data   
 Idade

06/11/24	
41 semanas	
OD	OE
1	1
2	2
2	2
2	2
2	2
2	2
3	3

Diâmetro Pupilar (mm)   
 Dilatação vasos íris (Sim ou Não)   
 Turvação vítrea (Sim ou Não)   
 Preplus (Sim ou Não)   
 Plus (Sim ou Não)   
 Estágio (0 to 5)   
 Zona (0 to 3)   
 Horas (0 to 12)



ROP 2 zona III Abreu   
 Oftalmologista   
 CRM-SP 244190 | RQE 112767

ROP Tipo 1 (Sim ou Não)  S  S   
 ROP Tipo 2 (Sim ou Não)

Conduta:  1 Alta  2 Seguimento em  3 Tratamento   
  1 semanas

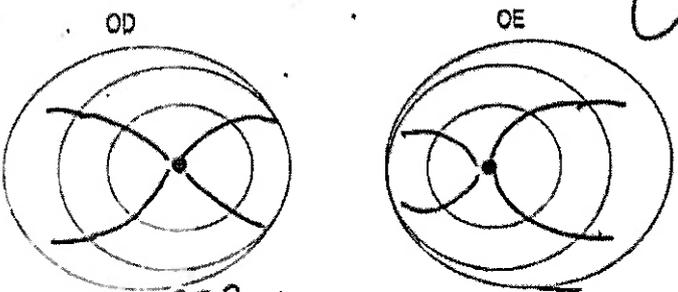
Data do próximo exame: 13/11

Examinador: \_\_\_\_\_

Exame 7   
 Data   
 Idade

13/11/2024	
42 semanas	
OD	OE
1	1
2	2
2	2
2	2
2	2
1	1
3	3

Diâmetro Pupilar (mm)   
 Dilatação vasos íris (Sim ou Não)   
 Turvação vítrea (Sim ou Não)   
 Preplus (Sim ou Não)   
 Plus (Sim ou Não)   
 Estágio (0 to 5)   
 Zona (0 to 3)   
 Horas (0 to 12)



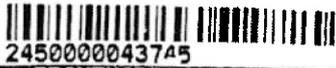
ROP 1 em fase zona III

Dr. Raphael C. R. Abreu   
 Oftalmologista   
 CRM-SP 244190 | RQE 112767

ROP Tipo 1 (Sim ou Não)  S  S   
 ROP Tipo 2 (Sim ou Não)

Conduta:  1 Alta  2 Seguimento em  3 Tratamento   
  2 semanas

Data do próximo exame: 27/11/24



2450000043745

PRONTUARIO : 1217631

Pac. : ANTHONY GABRIEL ROQUE

Mãe : ANA CLAUDIA PETRONI

D/N. : 19/09/2024 CPF. :

D/I. : 15/10/2024 H/I. : 14:02 LEITO: 01/Neo-100 de.

Cid. : BOA ESPERANCA DO SUL (SP)

CNS. : 0 Conv. : SUS - SISTEMA UNICO



DE - GRUPO ROP BRASIL

Empty box for patient ID

ARARAQUARA

Sexo : MA

Nome da mãe:

Prontuário:

Sexo:

Sexo selection: 1 Masculino, 2 Feminino

Tel:

Alta:

Alta selection: 1 Sim, 2 Não

Referido:

Referido selection: 1 Sim, 2 Não

Peso de Nascimento:

Peso de Nascimento: 7.55 g

Idade Gestacional:

Idade Gestacional: 27 sem + 4d

Tipo de nascimento:

Tipo de nascimento: 1 Unico, 2 Gêmeos

Data de Nascimento:

Data de Nascimento: 19/09/24

Dias em oxigênio (qualquer método):

Dias em oxigênio: CPAP

Dias ventilado:

Dias ventilado: Empty box

sem Interven

Exame 1

Data

Idade

16/10/24	
31+2 semanas	
OD	OE
-	-
N	N
N	N
N	N
N	N
N	N
N	N
N	N
N	N

Diâmetro Pupilar (mm)

Dilatação vasos irís (Sim ou Não)

Turvação vítrea (Sim ou Não)

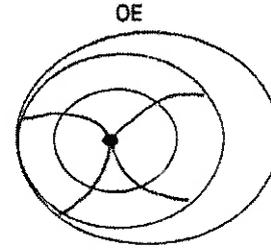
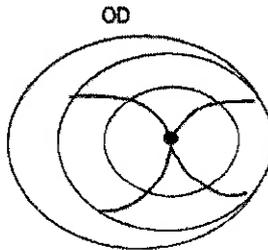
Preplus (Sim ou Não)

Plus (Sim ou Não)

Estágio (0 to 5)

Zona (0 to 3)

Horas (0 to 12)



ROP Tipo 1 (Sim ou Não)

ROP Tipo 2 (Sim ou Não)

ROP selection: 1 Sim, 2 Não

avascular zona II sem ROP

Conduta

Conduta selection: 1 Alta, 2 Seguimento em, 3 Tratamento

3 semanas

Dr. Raphael C. R. Abreu, Otorrinolaringologista, CRM-SP 244190/ROE 112767

06/11

Examinador:

Exame 2

Data

Idade

06/11/24	
32+2 semanas	
OD	OE
-	-
N	N
N	N
N	N
N	N
N	N
N	N
N	N
N	N

Diâmetro Pupilar (mm)

Dilatação vasos irís (Sim ou Não)

Turvação vítrea (Sim ou Não)

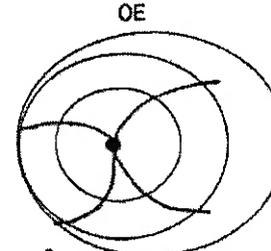
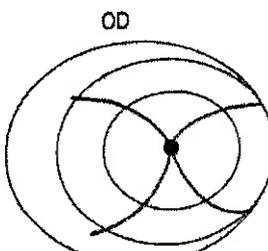
Preplus (Sim ou Não)

Plus (Sim ou Não)

Estágio (0 to 5)

Zona (0 to 3)

Horas (0 to 12)



ROP Tipo 1 (Sim ou Não)

ROP Tipo 2 (Sim ou Não)

ROP selection: 1 Sim, 2 Não

avascular limbal zona II

Conduta

Conduta selection: 1 Alta, 2 Seguimento em, 3 Tratamento

5 semanas

Dr. Raphael C. R. Abreu, Otorrinolaringologista, CRM-SP 244190/ROE 112767

27/11

200ml 05 R