



**Consórcio Intermunicipal de Saúde da  
Micro-Região do Vale do Piranga**

**ESTADO DE MINAS GERAIS**

**SUBEMPENHO**

Exercício

**2024**

Ficha

**00065**

Sub-Empenho / Tipo

**001/00487 / Estimativo**

Convênio.....: 00102 - Servicos Medicos Fundo - Variavel

Emissão: 01 / 03 / 2024

Centro de Custo.....: 00009 - SERVIÇOS MÉDICOS

Vencimento:

**LICITAÇÃO**

Modalidade : **Inexigibilidade(credenciamento)** Número: **6** Data: **29 / 11 / 2022**

Nº Processo de Compra : **63** Data : **29 / 11 / 2022** Ordem de Serviço : **388/2024** Contrato :

Favorecido .....: 000251 - IRMANDADE DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES

Telefone:

Endereço .....: Rua Dr.Leonardo, , 200 , 35.430-003

Cidade .....: Ponte Nova - MG

CNPJ / CPF :  
23.798.846/0001-14

Conta Bancária .....

**FUNCIONAL PROGRAMÁTICA E FONTE DE RECURSOS**

Órgão .....: 01 Consórcio Interm.de Saúde Da Micro-Reg.do Vale Do Piranga  
Unidade .....: 02 Serviços Especializados  
Subunidade .....: 01 Serviços Especializados  
Função .....: 10 Saúde  
Subfunção .....: 302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial  
Programa .....: 0003 Atendimento de Média Complexidade  
Projeto/Atividade .....: 2.044 Atendimentos Assistenciais - Rateio Variável  
Natureza .....: 3.3.90.39.36 Serviço Médico-hospitalar, Odonto. e Laboratorial  
Fonte de Recurso .....: 1.500.000.1002 Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde Recursos não Vinculados de Impostos

Especificação da Despesa

Valor que se empenha referente aos serviços médicos realizados no período.

Valor

R\$ 4.590,00 ( Quatro Mil e Quinhentos e Noventa Reais )

**DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO**

Descontos:	Saldo Anterior .....	<b>41.857,50</b>
	Despesa Empenhada..:	<b>4.590,00</b>
	Saldo Disponível .....	<b>37.267,50</b>

Despesa Bruta.: <b>4.590,00</b>	Descontos.: <b>0,00</b>	Despesa Líquida .....	<b>4.590,00</b>
---------------------------------	-------------------------	-----------------------	-----------------

**ORDENADOR DA DESPESA**

**CONTADOR**

Nos termos da legislação vigente e no uso competente das minhas atribuições de Ordenador da Despesa determina-se que seja processada a despesa acima especificada

MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS

Bruna Rita Albergaria Lopes Marcelo  
CRC:082877/O

**LIQUIDAÇÃO**

**ORDEM DE PAGAMENTO**

**CONTROLE INTERNO**

O material ou serviço foi entregue conforme solicitado.

Face à liquidação processada determino o seu pagamento.

Examinamos o percurso da despesa, em conformidade com as disposições legais que disciplinam o seu processamento.

Data: **26 / 03 / 2024**  
  
VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA  
DIRETORA ASSISTENCIAL

Data: / /  
  
MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS  
Secretaria Executiva

Adriana Aparecida de Oliveira  
Controle Interno

**RECIBO**

Recebi o valor acima descrito referente a despesa com materiais e / ou serviços acima especificado, para a qual dou quitação, para um só efeito.

Documento de Identificação:

Data: **27 / 03 / 2024**

Nome

Assinatura

Banco .....: **CEF**  
Documento .....: **TEO**  
Conta .....: **350.0**  
Recursos .....



**Município de Ponte Nova - MG**  
Secretaria Municipal de Fazenda  
Rua Avenida Caetano Marinho, Centro, 306 - 35430000 - Ponte Nova - MG

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
2024/177

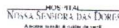


**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e**

**Dados da NFS-e**

Natureza da Operação: Isento Nº RPS:	Código de Autenticidade: 6602cffc Nº NFS-e: 2024/177	Data de Emissão: 26/03/2024 10:39:08 Data Emissão RPS:
---	---	---

**Dados do Prestador**



**Razão Social: IRMANDADE DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES**  
Nome Fantasia: IRMANDADE DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES  
CNPJ: 23.798.846/0001-14 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal: 76005869  
Endereço: RUA Doutor Leonardo, 200, Centro, Centro, Cep:35430004, PONTE NOVA - MG  
Telefone: (31) 3819-2600 E-mail: ihnsd@ihnsd.com.br  
Incentivador Cultural: Não Simples Nacional: Não optante Regime Especial: Nenhum

**Dados do Tomador**

**Razão Social: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DA MICRO REGIAO DO VALE DO PIRANGA- CISAMAPI**  
CNPJ: 01.095.667/0001-88 Insc. Estadual: ISENTO Insc. Municipal: ISENTO  
Endereço: AV ERNESTO TRIVELLATO, 120, TRIANGULO - CEP 35.430-141 - PONTE NOVA - MG  
E-mail: tesouraria@cisamapi.mg.gov.br

**Discriminação dos Serviços**

21 ENDOSCOPIAS

**Observações**

**Código/Serviço - Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza**

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Código CNAE 8610101	ISSQN Retido Não	Local Prestação dos Serviços 3152105 - PONTE NOVA - MG	Local de Incidência ISSQN 3152105 - PONTE NOVA - MG
------------------------	---------------------	---	--

**Retenções Federais**

PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IR R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	OUTRAS R\$ 0,00
-----------------	--------------------	------------------	----------------	------------------	--------------------

**Valores da NFS-e**

Valor Total dos Serviços R\$ 5.670,00	Deduções R\$ 0,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Desconto Condicionado R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 5.670,00
Alíquota 0,00	Valor do ISSQN R\$ 0,00	Valor Total R\$ 5.670,00	Valor Líquido R\$ 5.670,00	

Recebemos de IRMANDADE DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES os serviços discriminados na nota fiscal eletrônica indicada ao lado.		NFS-e 2024/177
Data de recebimento	Assinatura e Documento do recebedor	



Certificamos que o material/serviço constante deste documento foi recebido ou prestado em perfeitas condições

Assinatura Udweira 76 CI Matrícula

Assinatura CI Matrícula

Data de Recebimento 26/03/24

Resumo de Agendas por Municipio - Profissional Solicitante  
 Agenda Intervalo 16/02/2024 00:00 e 15032024,  
 Situação Contém ATENDIDA,  
 ::Estabelecimento igual a HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES (PONTE NOVA),  
 Recurso Contém FM,  
 Atendimento Contém INICIAL,  
 ::Procedimento Contém ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Resumo de Agendas		Quantidade -	Valor
<b>GABRIELA CASTRO DE REZENDE</b>			
HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES (PONTE NOVA)		16	R\$4.320,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA		16	R\$4.320,00
<b>JEQUERI</b>			
RIO DOCE		5	R\$1.350,00
SAO JOSE DO GOIABAL		8	R\$2.160,00
<b>JOSÉ SALVADOR DE ASSIS</b>			
HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES (PONTE NOVA)		3	R\$810,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA		1	R\$270,00
<b>SAO JOSE DO GOIABAL</b>			
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA		1	R\$270,00
SAO JOSE DO GOIABAL		1	R\$270,00
<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>R\$4.590,00</b>

*F. Barbosa*  
 Terça, 26 de Março de 2024 - 09:20



**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DA MICRO-REGIAO DO VALE DO  
Estado de Minas Gerais  
CONFORMIDADE DE LIQUIDAÇÃO**

**CONFORMIDADE  
LIQUIDAÇÃO  
000001/2024**

Processo de Compra  
**000063/2022**

Ordem de Serviço / Compra  
**000388/2024**

Número do Empenho  
**000487/2024**

Ficha Orçamentária  
**00065**

Ordem de Fornecimento  
**000001/2024**

**DADOS DA ENTIDADE / ORGÃO**

Endereço .....: Avenida Ernesto Trivellato, 120 - Triângulo  
Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil- C.E.P : 35430-141  
C.N.P.J. ....: 01.095.667/0001-88      Inscrição Estadual .....  
Telefone .....: (31)38198800      Fax .....: (31)

Setor Contabil  
**CISAMAPI**

Condição de Pagamento ....: Até 15 dias após emissão da nota fiscal  
Prazo de Entrega .....: Durante a Vigência do Contrato  
Garantia .....:  
Assistência Técnica .....:

**Fornecedor .....: 000251 - IRMANDADE DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES**

Endereço .....: Rua Dr.Leonardo,, 200 - CENTRO  
Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil - C.E.P : 35.430-003  
CNPJ .....: 23.798.846/0001-14      Inscrição Estadual ...:  
Telefone .....:      Fax .....:  
Email .....:  
Conta p/ Pagamento.....:      Banco .....:

**VALOR DA CONFORMIDADE DE LIQUIDAÇÃO**

**4.590,00**

Valor.....: **R\$ 4.590,00**      ( Quatro Mil e Quinhentos e Noventa Reais )

Ponte Nova-MG, 26 de Março de 2024

IMPRIMIR

FECHAR



**2ª Via - Comprovante de Remessa de TED**  
via GovConta Caixa

<b>Tipo de TED:</b>	Terceiros
<b>Nome:</b>	CISAMAPI ASSISTENCIA
<b>Conta Origem:</b>	0146/006/00000350-0
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>CPF/CNPJ:</b>	01.095.667/0001-88

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
<b>Conta Destino:</b>	3164/00000310972-0
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>Nome do Destinatário:</b>	IRMANDADE DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS
<b>CPF/CNPJ Destinatário:</b>	23.798.846/0001-14
<b>Valor:</b>	R\$ 4.590,00
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PG IRMANDADE DO HOSP
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	27/03/2024
<b>Data da Operação:</b>	27/03/2024
<b>Código da Operação:</b>	00134995
<b>Chave de Segurança:</b>	ZAAQ971JXGPS9X2Z
<b>Operação realizada com sucesso.</b>	