

## Proc. Administrativo 5- 127/2024

---

**De:** Mayara G. - SE-DCON-CO

**Para:** SE-DCON-CO - Contabilidade - A/C Renata F.

**Data:** 08/04/2024 às 10:33:29

**Setores envolvidos:**

SE-DAA, SE-DCON-CO, SE-DCON-TE

**FUNDAÇÃO FILANT E BENEF DE SAÚDE ARNALDO GAVAZZA FILHO - NF 2024/2555 - R\$ 600,00**

Bom dia, segue em anexo subempenho 497-15- GAVAZZA, para conferência e assinatura.

Obrigada.

—

**Mayara Padula Gomides**

*Auxiliar Administrativo/Patrimônio*

**Anexos:**

497\_15\_GAVAZZA.pdf



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

SUBEMPENHO

Exercício

2024

Ficha

00065

Sub-Empenho / Tipo

015/00497 / Estimativo

Convênio.....: 00102 - Serviços 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 : 398/2024

Contrato :

Favorecido .....: 000047 - FUND. FILANT. BENEF. SAÚDE A. GAVAZZA FILHO

Telefone:

Endereço .....: Avenida Dr.José Grossi, , 16 , 35.430-000

Cidade .....: Ponte Nova - MG

CNPJ / CPF :

Conta Bancária .....:

26.150.979/0001-78

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\$ 600,00 ( Seiscentos Reais )

DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO

Descontos: Saldo Anterior .....: 12.421.800,00
Despesa Empenhada..: 600,00
Saldo Disponível .....: 11.821.800,00

Despesa Bruta.: 600,00 Descontos.: 0,00 Despesa Líquida .....: 600,00

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: 04 / 04 / 2024

Data: / /

VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA
DIRETORA ASSISTENCIAL

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: / /

Nome

Assinatura

Banco .....

Documento .....

Conta .....

Recursos .....

Assinado por 3 pessoas: RENATA AMARAL DE FRUTAS, ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA e VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA. Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/3E0-E19D-BB7F-3029





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3EE0-E19D-BB7F-3029

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ RENATA AMARAL DE FREITAS (CPF 097.XXX.XXX-32) em 11/04/2024 14:49:44 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA (CPF 091.XXX.XXX-67) em 11/04/2024 15:15:00 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 11/04/2024 16:07:26 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/3EE0-E19D-BB7F-3029>



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

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
2024/2555



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Dados da NFS-e

Natureza da Operação: Isento Nº RPS:	Código de Autenticidade: 660eb43b Nº NFS-e: 2024/2555	Data de Emissão: 04/04/2024 11:07:55 Data Emissão RPS:
---	--	---

Dados do Prestador



Razão Social: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO  
Nome Fantasia: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO  
CNPJ: 26.150.979/0001-78 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal: 76006100  
Endereço: AVN Doutor José Grossi, 16, Não informado, Guarapiranga, Cep:35430213, PONTE NOVA - MG  
Telefone: (31) 3819-5000 E-mail: financeiro@gavazza.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: ISENT0  
Endereço: AV ERNESTO TRIVELLATO, 120, TRIANGULO - CEP 35.430-141 - PONTE NOVA - MG  
E-mail: tesouraria@cisamapi.mg.gov.br

Discriminação dos Serviços

REFERENTE 02 IRIDOTOMIAS

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\$ 600,00	Deduções R\$ 0,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Desconto Condicionado R\$ 0,00	Base de Calculo R\$ 600,00
Alíquota 0.00	Valor do ISSQN R\$ 0,00	Valor Total R\$ 600,00	Valor Líquido R\$ 600,00	

Recebemos de FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO os serviços discriminados na nota fiscal eletrônica indicada ao lado.		NFS-e 2024/2555
Data de recebimento	Assinatura e Documento do recebedor	

Assinado por 1 pessoa: VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/895A-16F0-A615-46B4> e informe o código 895A-16F0-A615-46B4





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 895A-16F0-A615-46B4

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 04/04/2024 15:38:19 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/895A-16F0-A615-46B4>

## Proc. Administrativo 5- 127/2024

---

**De:** Mayara G. - SE-DCON-CO

**Para:** SE-DCON-CO - Contabilidade - A/C Renata F.

**Data:** 08/04/2024 às 10:33:29

**Setores envolvidos:**

SE-DAA, SE-DCON-CO, SE-DCON-TE

**FUNDAÇÃO FILANT E BENEF DE SAÚDE ARNALDO GAVAZZA FILHO - NF 2024/2555 - R\$ 600,00**

Bom dia, segue em anexo subempenho 497-15- GAVAZZA, para conferência e assinatura.

Obrigada.

—  
**Mayara Padula Gomides**

*Auxiliar Administrativo/Patrimônio*

**Anexos:**

497\_15\_GAVAZZA.pdf



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

### SUBEMPENHO

Exercício

2024

Ficha

00065

Sub-Empenho / Tipo

015/00497 / Estimativo

Convênio.....: 00102 - Serviços 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 : 398/2024

Contrato :

Favorecido .....: 000047 - FUND. FILANT. BENEF. SAÚDE A. GAVAZZA FILHO

Telefone:

Endereço .....: Avenida Dr.José Grossi, , 16 , 35.430-000

Cidade .....: Ponte Nova - MG

CNPJ / CPF :

Conta Bancária .....:

26.150.979/0001-78

### 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\$ 600,00 ( Seiscentos Reais )

### DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO

Descontos: Saldo Anterior .....: 12.421,80  
Despesa Empenhada...: 600,00  
Saldo Disponível .....: 11.821,80

Despesa Bruta.: 600,00 Descontos.: 0,00 Despesa Líquida .....: 600,00

### 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: 04 / 04 / 2024

Data: / /

VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA  
DIRETORA ASSISTENCIAL

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: / /

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Banco .....: \_\_\_\_\_

Documento .....: \_\_\_\_\_

Conta .....: \_\_\_\_\_

Recursos .....: \_\_\_\_\_

Assinado por 3 pessoas: MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS, APARECIDA DE OLIVEIRA CORDEIRO DE OLIVEIRA e VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA. Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/00000000-0000-0000-0000-000000000000





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3EE0-E19D-BB7F-3029

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ RENATA AMARAL DE FREITAS (CPF 097.XXX.XXX-32) em 11/04/2024 14:49:44 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA (CPF 091.XXX.XXX-67) em 11/04/2024 15:15:00 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 11/04/2024 16:07:26 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/3EE0-E19D-BB7F-3029>







## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 6D20-C8A6-79EF-C35F

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS (CPF 231.XXX.XXX-34) em 12/04/2024 08:30:07 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/6D20-C8A6-79EF-C35F>

Agenda Intervalo 16022024 e 15032024, Situação Contém ATENDIDA, Recurso Contém FM, Atendimento Contém INICIAL, ::Estabelecimento igual a 26150979000178 - HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA FILHO e ::Procedimento Contém 30310092 - IRIDOTOMIA MONOCULAR LASER - PN  
 Resumo de Agendas por Profissional e Município

Resumo de Agendas	Quantidade	Valor
EDUARDO RIBEIRO MANSUR BARBOSA	2	600,00
RIO DOCE	2	600,00
Total	2	600,00

*Graciele*

Terça, 02 de Abril de 2024 - 09:48





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 8ADA-C2FE-511F-47CF

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ GRACIELE CRISTINA BARBOSA (CPF 110.XXX.XXX-44) em 05/04/2024 08:46:06 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/8ADA-C2FE-511F-47CF>



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

**CONFORMIDADE  
LIQUIDAÇÃO  
000001/2024**

Processo de Compra <b>000063/2022</b>	Ordem de Serviço / Compra <b>000398/2024</b>	Número do Empenho <b>000497/2024</b>	Ficha Orçamentária <b>00065</b>	Ordem de Fornecimento <b>000015/2024</b>
--	---	---	------------------------------------	---

**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 .....: 000047 - FUND. FILANT. BENE. SAÚDE A. GAVAZZA FILHO**  
Endereço .....: Avenida Dr.José Grossi,, 16 - Guarapiranga  
Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil - C.E.P : 35.430-000  
CNPJ .....: 26.150.979/0001-78    Inscrição Estadual ....:  
Telefone .....:    Fax .....:  
Email .....:  
Conta p/ Pagamento.....:    Banco .....:

**VALOR DA CONFORMIDADE DE LIQUIDAÇÃO** **600,00**

Valor.....:    **R\$        600,00        ( Seiscentos Reais )**

Ponte Nova-MG, 04 de Abril de 2024

Assinado por 1 pessoa: GRACIELE CRISTINA BARBOSA  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/ABF1-D2D2-F93E-9DC6> e informe o código ABF1-D2D2-F93E-9DC6





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: ABF1-D2D2-F93E-9DC6

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



GRACIELE CRISTINA BARBOSA (CPF 110.XXX.XXX-44) em 05/04/2024 08:47:16 (GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/ABF1-D2D2-F93E-9DC6>



## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	0146 / 006 / 00000350-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CISAMAPI ASSISTENCIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	01.095.667/0001-88

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO BM S.A. 0000000 - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1481 / 00000021965-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FUND FILANT BENEF SAUDE A GAVAZZA FILHO
<b>CPF/CNPJ:</b>	26.150.979/0001-78
<b>Valor:</b>	R\$ 600,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG GAVAZZA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/04/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/04/2024 14:22:18

<b>Código da operação:</b>	00129197
<b>Chave de segurança:</b>	6JTNCC0SXX4KXH1J

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104