



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

SUBEMPENHO

Exercício

2024

Ficha

00065

Sub-Empenho / Tipo

001/00500 / Estimativo

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

Emissão: 15 / 03 / 2024

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

Vencimento:

LICITAÇÃO

Modalidade : **Inexigibilidade(credenciamento)** Número: **4** Data: **23 / 08 / 2019**

Nº Processo de Compra : **23** Data : **23 / 08 / 2019**

Ordem de Serviço : **401/2024**

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\$ 404,25 (Quatrocentos e Quatro Reais e Vinte e Cinco Centavos)

DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO

| | | |
|------------|------------------------|--------|
| Descontos: | Saldo Anterior.....: | 404,25 |
| | Despesa Empenhada..: | 404,25 |
| | Saldo Disponível.....: | 0,00 |

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------|
| Despesa Bruta.: 404,25 | Descontos.: 0,00 | Despesa Líquida.....: | 404,25 |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------|

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: **03 / 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 4 pessoas: BRUNA RITA ALBERGARIA LOPES MARCELO, ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA, VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA e MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/735-F8F1-7BC9-66BF





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

NÚMERO DA NOTA FISCAL
2024/2495



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Dados da NFS-e

| | | |
|---|--|---|
| Natureza da Operação: Isento Nº RPS: | Código de Autenticidade: 660d4222 Nº NFS-e: 2024/2495 | Data de Emissão: 03/04/2024 08:48:50 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 RNM

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\$ 750,75 | Deduções R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado R\$ 0,00 | Desconto Condicionado R\$ 0,00 | Base de Calculo R\$ 750,75 |
| Alíquota 0,00 | Valor do ISSQN R\$ 0,00 | Valor Total R\$ 750,75 | Valor Líquido R\$ 750,75 | |

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------|
| Recebemos de FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO os serviços discriminados na nota fiscal eletrônica indicada ao lado. | | NFS-e 2024/2495 |
| Data de recebimento | Assinatura e Documento do recebedor | |

Assinado por 4 pessoas: VIVIANE GONCALVES MARCELO, ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA, VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA e MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/8665-3B4B-2B0F-63F9>





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 8669-3BAB-D6AF-ADF9

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

- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 04/04/2024 15:23:46 (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/8669-3BAB-D6AF-ADF9>



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 18072018 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÓRBITAS
Resumo de Agendas por Profissional e Município

| Resumo de Agendas | Quantidade | Valor |
|----------------------------|------------|--------|
| SAMUEL ALVES COSTA PEREIRA | 1 | 404,25 |
| ALVINOPOLIS | 1 | 404,25 |
| Total | 1 | 404,25 |

Sexta, 05 de Abril de 2024 - 10:08

05/04/2024

Assinado por 4 pessoas: BRUNA RITA ALBERGARIA LOPES MARCELO, ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA, VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA e MARIA REGINA DE CARVALHO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/7D35-F8F1-7BC9-66BF> e informe o código 7D35-F8F1-7BC9-66BF





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 17B3-0C34-20F0-65B9

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

- ✓ GRACIELE CRISTINA BARBOSA (CPF 110.XXX.XXX-44) em 05/04/2024 10:22:12 (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/17B3-0C34-20F0-65B9>





Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO BM S.A. 0000000 - 60701190 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 1481 / 00000021965-5 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | FUND FILANT BENEF SAUDE A GAVAZZA FILHO |
| CPF/CNPJ: | 26.150.979/0001-78 |
| Valor: | R\$ 404,25 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | PG GAVAZZA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 10/04/2024 |
| Data / Hora da operação: | 10/04/2024 14:54:51 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00140308 |
| Chave de segurança: | EZQ176VEF9RJ3UY8 |

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