

## Proc. Administrativo 3- 136/2024

---

**De:** Bruna M. - SE-DCON

**Para:** SE-DC - Diretoria de Controle Interno

**Data:** 09/04/2024 às 09:18:52

**Setores envolvidos:**

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

### VALE DO PIRANGA SERVICOS EM SAUDE LTDA - NF 2024/25

Favor realizar a conferência. Favor obedecer a ordem sequencial.

—  
**Bruna Rita Albergaria Lopes Marcelo**  
*Diretor de Contabilidade*

**Anexos:**

SUBEMPENHO\_54\_18.pdf



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

**SUBEMPENHO**

Exercício

2024

Ficha

00042

Sub-Empenho / Tipo

018/00054 / Estimativo

Convênio.....: 00101 - UTI Móvel - Variavel

Emissão: 02 / 01 / 2024

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

Vencimento:

**LICITAÇÃO**

Modalidade : **Inexigibilidade(credenciamento)** Número: **3** Data: **27 / 09 / 2022**

Nº Processo de Compra : **38** Data : **30 / 08 / 2022**

Ordem de Serviço : **42/2024**

Contrato :

Favorecido .....: 001285 - VALE DO PIRANGA SERVIÇOS EM SAUDE LTDA

Telefone:

Endereço .....: Rua DOS JATOBAS , 173 - TERREO , 35.430-000

Cidade .....: Ponte Nova - MG

CNPJ / CPF :

Conta Bancária .....:

31.590.543/0001-30

**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 .....: 2.012 Remoções de UTI Móvel - Rateio Variável  
 Natureza .....: 3.3.90.39.46 Serviço de Socorro e Salvamento  
 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 pela prestação de serviços de remoção por transporte terrestre especializado de pessoas enfermas em Unidade de Terapia Intensiva Móvel (UTI Móvel) tipo "D" e UTI Neonatal tipo "D", bem como ambulância de suporte básico, observando as regras específicas do transporte terrestre, determinadas pelo Ministério da Saúde/SUS, ANVISA e demais órgãos oficiais de regulamentação.

Valor

R\$ 3.881,94 ( Tres Mil e Oitocentos e Oitenta e Um Reais e Noventa e Quatro Centavos )

**DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO**

Descontos:		Saldo Anterior.....:	469.441,00
<b>Issqn</b>	<b>135,09</b>	Despesa Empenhada..:	3.881,94
		Saldo Disponível.....:	465.559,06

Despesa Bruta.:	<b>3.881,94</b>	Descontos.:	<b>135,09</b>	Despesa Líquida.....:	<b>3.746,85</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: **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, VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA, ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA e MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS. Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/511665747FF507D





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: D5D1-B657-47FF-507D

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

- ✓ BRUNA RITA ALBERGARIA LOPES MARCELO (CPF 013.XXX.XXX-70) em 09/04/2024 09:19:15 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 09/04/2024 09:50:21 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA (CPF 091.XXX.XXX-67) em 09/04/2024 11:55:22 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS (CPF 231.XXX.XXX-34) em 09/04/2024 15:00:28 (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/D5D1-B657-47FF-507D>



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

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
2024/25



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Dados da NFS-e

Natureza da Operação: Tributação no município Nº RPS:	Código de Autenticidade: 660d54fa Nº NFS-e: 2024/25	Data de Emissão: 03/04/2024 10:09:14 Data Emissão RPS:
--	--	---

Dados do Prestador

Razão Social: VALE DO PIRANGA SERVICOS EM SAUDE LTDA  
Nome Fantasia: VALE DO PIRANGA SERVICOS EM SAUDE LTDA  
CNPJ: 31.590.543/0001-30 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal: 76017493  
Endereço: DOS JATOBÁS, 173, TERREO, RECANTO DAS PEDRAS, Cep:35430595, PONTE NOVA - MG  
Telefone: (31) 3893-5101 E-mail:  
Incentivador Cultural: Não Simples Nacional: 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

REMOÇÃO DO PACIENTE [REDACTED] /HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES PARA HOSPITAL  
CRISTIANO VARELLA EM MURIAÉ NO DIA 29/03/2024.

Observações

Código/Serviço - Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza

04.21 - Unidade de atendimento, assistência ou tratamento móvel e congêneres.

Código CNAE 8621601	ISSQN Retido Sim	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\$ 3.881,94	Deduções R\$ 0,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Desconto Condicionado R\$ 0,00	Base de Calculo R\$ 3.881,94
Alíquota 3,48	Valor do ISSQN R\$ 135,09	Valor Total R\$ 3.881,94	Valor Líquido R\$ 3.746,85	

Recebemos de VALE DO PIRANGA SERVICOS EM SAUDE LTDA os serviços discriminados na nota fiscal eletrônica indicada ao lado.		NFS-e 2024/25
Data de recebimento	Assinatura e Documento do recebedor	

Assinado por 1 pessoa: ISRAEL MARINHO APARECIDO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/06BD-C6F1-BD42-FEEF> e informe o código 06BD-C6F1-BD42-FEEF.



Agenda Intervalo 02042024 e 02042024, ::Estabelecimento igual a 18720938000141 - CISAMAPI, ::Profissional igual a 000001 - PROFISSIONAL NÃO INFORMADO e  
::Município Contém 56657784000180 - PONTE NOVA  
Resumo de Agendas por Profissional e Município

Resumo de Agendas	Quantidade	Valor ↕
PROFISSIONAL NÃO INFORMADO	1	3.881,94
PONTE NOVA	1	3.881,94
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3.881,94</b>

Quarta, 03 de Abril de 2024 - 09:12





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 7086-062C-A409-D78B

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

- ✓ SECRETARIA DE SAÚDE PONTE NOVA (CPF 086.XXX.XXX-55) em 02/04/2024 17:12:54 (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/7086-062C-A409-D78B>





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 06BD-C6F1-BD42-FEEF

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

- ✓ ISRAEL MARINHO APARECIDO (CPF 097.XXX.XXX-95) em 08/04/2024 09:37:03 (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/06BD-C6F1-BD42-FEEF>



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

**CONFORMIDADE**  
**LIQUIDAÇÃO**  
**000001/2024**

Processo de Compra  
**000038/2022**

Ordem de Serviço / Compra  
**000042/2024**

Número do Empenho  
**000054/2024**

Ficha Orçamentária  
**00042**

Ordem de Fornecimento  
**000018/2024**

**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 10 dias após entrega do serviços prestados  
Prazo de Entrega .....: Durante a Vigência do Contrato  
Garantia .....:  
Assistência Técnica .....:

**Fornecedor .....: 001285 - VALE DO PIRANGA SERVIÇOS EM SAUDE LTDA**  
Endereço .....: Rua DOS JATOBAS, 173 (TERREO) - BOM VIVER  
Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil - C.E.P : 35.430-000  
CNPJ .....: 31.590.543/0001-30 Inscrição Estadual .....:  
Telefone .....: Fax .....:  
Email .....:  
Conta p/ Pagamento.....: Banco .....

**VALOR DA CONFORMIDADE DE LIQUIDAÇÃO**

**3.881,94**

Valor.....: **R\$ 3.881,94 ( Tres Mil e Oitocentos e Oitenta e Um Reais e Noventa e Quatro Centavos )**

Ponte Nova-MG, 03 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/130D-36CD-0031-859D> e informe o código 130D-36CD-0031-859D







## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 130D-36CD-0031-859D

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

- ✓ GRACIELE CRISTINA BARBOSA (CPF 110.XXX.XXX-44) em 08/04/2024 09:48:35 (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/130D-36CD-0031-859D>

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	0146 / 006 / 00000681-9
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CISAMAPI UTI MOVEL
<b>CPF/CNPJ:</b>	01.095.667/0001-88

<b>Banco:</b>	237 - BCO BRADESCO S.A. 0000000 - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0509 / 00000009187-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	VALE DO PIRANGA SERVICOS EM SAUDE
<b>CPF/CNPJ:</b>	31.590.543/0001-30
<b>Valor:</b>	R\$ 3.746,85
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG VALE DO PIRANGA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/04/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/04/2024 09:13:09

<b>Código da operação:</b>	00105651
<b>Chave de segurança:</b>	UE8AXA07T93QTVJU

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