



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

SUBEMPENHO

Exercício

2024

Ficha

00065

Sub-Empenho / Tipo

001/00378 / Estimativo

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

Emissão: 21 / 02 / 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 : 282/2024

Contrato :

Favorecido .....: 000055 - CLÍNICA NEUROLÓGICA K M LTDA
Endereço .....: Praça Cesário Alvim, , 228 - - 33-3321-2760 , 35.300-036
Cidade .....: Caratinga - MG
Conta Bancária .....:

Telefone:

CNPJ / CPF : 05.595.627/0001-56

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\$ 12.265,00 ( Doze Mil e Duzentos e Sessenta e Cinco Reais )

DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO

Table with columns for Descontos, Saldo Anterior, Despesa Empenhada, Saldo Disponível, Despesa Bruta, Descontos., Despesa Líquida.

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

[Signature]

MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS

[Signature]

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: 21 / 03 / 2024

Data:

[Signature]

[Signature]

[Signature]

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: 25 / 03 / 2024

Nome

Assinatura Comprorante anexo

Banco .....: CEF
Documento .....: TED
Conta .....: 350.0
Recursos .....:

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

<b>CLINICA NEUROLOGICA K &amp; M LTDA</b> RUA CEL ANTONIO DA SILVA, 521 - SALA 502 CEP: 35300-032 - Bairro: CENTRO Município: Caratinga - MG E-mail: audicon.dfiscal@gmail.com Fone: (33) 3322-3003 <b>CNPJ / CPF</b> 05.595.627/0001-56 <b>Inscrição Estadual</b> **** <b>Inscrição Municipal</b> 33145		Número da NFS-e <b>20240000001059</b>	
		Data do Serviço <b>21/03/2024</b>	Código Verificador <b>2cec3ea92</b>

<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CARATINGA/MG</b> Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (33) 3329-8000 - caratinga.govbr.cloud/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 21/03/2024	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Caratinga/MG
--	------------------------------	-------------------------------	--

<b>TOMADOR DO SERVIÇO</b>				<b>Município de Prestação do Serviço</b>			
Nome / Razão Social <b>CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICROREGIÃO</b>				Caratinga/MG			
Endereço <b>AV. ERNESTO TRIVELATO, 120</b>							
Cidade <b>Ponte Nova</b>	UF <b>MG</b>	Fone <b>(31) 3819-8810</b>	CEP <b>35430-141</b>				
Bairro <b>TRIÂNGULO</b>							
CNPJ / CPF <b>01.095.667/0001-88</b>		Inscrição Municipal		Inscrição Estadual			
E-mail <b>tesouraria@cisamapi.mg.gov.br</b>							

<b>INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO</b>							
Nome / Razão Social *****		CNPJ / CPF *****		Inscrição Municipal *****			
E-mail		Fone		Cidade *****			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO PERÍODO DE 16/02/2024 ATÉ 15/03/2024, PELO CISAMAPI.. Alíquota Efetiva: 2,8062752307%.	14.795,00	2,81	415,19	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.	Código NBS *****
--	---------------------

CIDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00	IOf 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 0,00	PIS/PASEP Importação 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 14.795,00	Valor do ISSQN Próprio 415,19	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00	Valor Total do ISSQN 415,19	Valor Dedução/Descontos 0,00		
Valor Total da NFS-e 14.795,00	Valor Líquido da NFS-e 14.795,00						

Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$380,23; Est: R\$0,00; Fed: R\$1989,93; Total Aprox: R\$2370,16. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 21/03/2024 às 15:13:46.

Para consultar a autenticidade acesse: [caratinga.govbr.cloud/NFSe.Portal](http://caratinga.govbr.cloud/NFSe.Portal)



202400000010592cec3ea9205595627000156

Recebi(emos) de <b>CLINICA NEUROLOGICA K &amp; M LTDA</b>  os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do recebedor	20240000001059 Número da NFS-e  Competência 21/03/2024  NFS-e 2cec3ea92	Número de Controle do Município
--	---	--	---------------------------------

Consulta realizada em 21/03/2024 às 15:13:46.

Para consultar a autenticidade acesse: [caratinga.govbr.cloud/NFSe.Portal](http://caratinga.govbr.cloud/NFSe.Portal)

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

Assinatura Adriana 76 CI Matrícula

Assinatura CI Matrícula

Data de Recebimento 21/03/24

Agenda Intervalo 16022024 e 15032024, Situação Contém ATENDIDA, Recurso Contém FM, Atendimento Contém INICIAL, ::Profissional igual a 31330 - MOACIR DA SILVA PEIXOTO  
e ::Procedimento Contém 0301010072 - CONSULTA EM NEUROLOGIA  
Resumo de Agendas por Profissional e Município

Resumo de Agendas	Quantidade	Valor
MOACIR DA SILVA PEIXOTO	223	12.265,00
PIEDADE DE PONTE NOVA	24	1.320,00
RAUL SOARES	1	55,00
RIO CASCA	55	3.025,00
SANTO ANTÔNIO DO GRAMA	35	1.925,00
SAO JOSE DO GOIABAL	17	935,00
SÃO PEDRO DOS FERROS	65	3.575,00
URUCÂNIA	26	1.430,00
Total	223	12.265,00

*Mercadinho*

Segunda, 18 de Março de 2024 - 07:12



**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  
**000282/2024**

Número do Empenho  
**000378/2024**

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 .....: 000055 - CLÍNICA NEUROLÓGICA K M LTDA**  
Endereço .....: Praça Cesário Alvim,, 228 (- 33-3321-2760) - CENTRO  
Caratinga, Minas Gerais, Brasil - C.E.P : 35.300-036  
CNPJ .....: 05.595.627/0001-56 Inscrição Estadual ...:  
Telefone .....: Fax .....:  
Email .....:  
Conta p/ Pagamento.....: Banco .....

**VALOR DA CONFORMIDADE DE LIQUIDAÇÃO**

**12.265,00**

Valor.....: **R\$ 12.265,00 ( Doze Mil e Duzentos e Sessenta e Cinco Reais )**

*mekumo*  
Ponte Nova-MG, 21 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>	001 - BANCO DO BRASIL S/A
<b>Conta Destino:</b>	0177/00000014813-x
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>Nome do Destinatário:</b>	CLINICA NEUROLOGICA K M LTDA
<b>CPF/CNPJ Destinatário:</b>	05.595.627/0001-56
<b>Valor:</b>	R\$ 12.265,00
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PG CLIN NEUR K M
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	25/03/2024
<b>Data da Operação:</b>	25/03/2024
<b>Código da Operação:</b>	00127107
<b>Chave de Segurança:</b>	4GZ03RAHEJNR145C
<b>Operação realizada com sucesso.</b>	