

 <b>Consórcio Intermunicipal de Saúde da Micro-Região do Vale do Piranga</b>  <b>ESTADO DE MINAS GERAIS</b>	<b>SUBEMPENHO</b>		
	Exercício <b>2024</b>	Ficha <b>00065</b>	Sub-Empenho / Tipo <b>001/00402 / Estimativo</b>


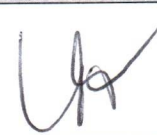
Convênio.....: 00102 - Serviços Medicos Fundo - Variavel	Emissão: 01 / 03 / 2024
Centro de Custo.....: 00009 - SERVIÇOS MÉDICOS	Vencimento:

LICITAÇÃO			
Modalidade :	<b>Inexigibilidade(credenciamento)</b>	Número: <b>1</b>	Data: <b>03 / 02 / 2021</b>
Nº Processo de Compra :	<b>5</b>	Data : <b>03 / 02 / 2021</b>	Ordem de Serviço : <b>304/2024</b>
Favorecido .....	001564 - TELEVIDA CENTRO ESPECIALIZADO DE TELEDIAGNOSTICOS LTDA		Telefone:
Endereço .....	Avenida FRANCISCO MATARAZZO , 176 - CONJ 01 , 05.001-100		CNPJ / CPF : 73.193.211/0001-61
Cidade .....	São Paulo - SP		
Conta Bancária .....			

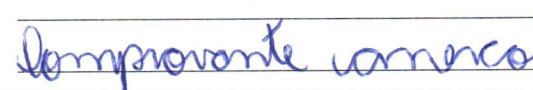
FUNCIONAL PROGRAMÁTICA E FONTE DE RECURSOS	
Órgão .....	01 Consórcio Interm.de Saúde Da Micro-Reg.do Vale Do Piranga
Unidade .....	02 Serviços Especializados
Subunidade .....	01 Serviços Especializados
Função .....	10 Saúde
Subfunção .....	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa .....	0003 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\$ 270,00 ( Duzentos e Setenta Reais )

DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO			
Descontos:		Saldo Anterior .....	<b>3.200,00</b>
<b>Irrf - Pessoa Jurídica</b>	<b>12,96</b>	Despesa Empenhada..:	<b>270,00</b>
		Saldo Disponível .....	<b>2.930,00</b>
Despesa Bruta.:	<b>270,00</b>	Descontos.:	<b>12,96</b>
		Despesa Líquida .....	<b>257,04</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	
 <b>MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS</b>	 <b>Bruna Rita Albergaria Lopes Marcelo</b> 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: <b>06 / 03 / 2024</b>  <b>VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA</b> DIRETORA ASSISTENCIAL	Data: / /  <b>MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS</b> Secretaria Executiva	 <b>Adriana Aparecida de Oliveira</b> 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: <b>04/04/24</b>	Banco .....
Nome	Documento .....
Assinatura 	Conta .....
	Recursos .....

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO****SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA****NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

RPS Nº 100696 Série NFSE, emitido em 06/03/2024

Número da Nota

**00164067**

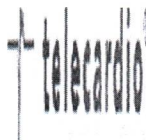
Data e Hora de Emissão

**06/03/2024 13:28:44**

Código de Verificação

**BGH7-7BXI**

20240306u73193211000161

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **73.193.211/0001-61**Inscrição Municipal: **2.220.071-1**Nome/Razão Social: **TELECARIO CENTRO ESPECIALIZADO DE TELEDIAGNOSTICOS LTDA**Endereço: **AV FRANCISCO MATARAZZO 176, CONJ 01 - AGUA BRANCA - CEP: 05001-100**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **CONSORCIO INTER. DE SAUDE DA MICROREGIAO DO VALE DO PIRANGA**CPF/CNPJ: **01.095.667/0001-88**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **AV ERNESTO TRIVELLATO 120 - TRIANGULO - CEP: 35430-141**Município: **Ponte Nova**UF: **MG**E-mail: **gerencia.adm@cisamapi.mg.gov.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Laudo de Eletroencefalograma ( EEG ) - Qtde 61 x Valor Unit. R\$ 10,00 = Total R\$ 610,00.

CREDENCIAMENTO No 001/2021 PROCESSO 005/2022.

BANCO DO BRASIL

AG 3010-4

C.C 134582-6

(Lei no 12.741/12 VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS RECOLHIDO PELO PRESTADOR )

8,30%

Ref. Fev/2024 - Vencto. 05/04/2024

Valor Liquido R\$ 580,72

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 610,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	12,96 29,28	-	-	-

Código do Serviço

**05266 - Unidade de atendimento, assistência ou tratamento móvel e congêneres.**

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	610,00	2,00%	12,20	0,00

Município da Prestação do Serviço

Número Inscrição da Obra

Valor Aproximado dos Tributos / Fonte

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 100696 Série NFSE, emitido em 06/03/2024; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/04/2024;

Assinatura	CI Matrícula
Assinatura	CI Matrícula
Certificamos que o material/serviço constante deste documento foi recebido ou prestado em portais digitais	
Assinatura	CI Matrícula
Assinatura	CI Matrícula
Data de Recebimento	CI Matrícula

Certificamos que o material/serviço constante deste documento foi recebido ou prestado em portais digitais	
Assinatura	CI Matrícula
Assinatura	CI Matrícula
Data de Recebimento	CI Matrícula

Assinatura: *Udineira 76*  
 Data de Recebimento: *06/03/24*

Resumo de Agendas por Município - Profissional Solicitante  
Agenda Intervalo 01/02/2024 00:00 e 010320241300,  
Situação Contém ATENDIDA,  
Recurso Contém FM,  
:::Procedimento Contém ELETROENCEFALOGRAMA (LAUDO À DISTÂNCIA)

Resumo de Agendas	Quantidade -	Valor
CRISTIANE FIQUENE CONTI	27	R\$270,00
CISAMAPI - PONTE NOVA	27	R\$270,00
ELETROENCEFALOGRAMA (LAUDO À DISTÂNCIA)	27	R\$270,00
ALVINOPOLIS	3	R\$30,00
JEQUERI	8	R\$80,00
PIEDADE DE PONTE NOVA	2	R\$20,00
SANTO ANTÔNIO DO GRAMA	2	R\$20,00
SEM-PEIXE	2	R\$20,00
URUCÂNIA	10	R\$100,00
Total	27	R\$270,00

*Machado*

Quinta, 04 de Abril de 2024 - 13:40



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

**CONFORMIDADE  
LIQUIDAÇÃO  
000001/2024**

Processo de Compra  
**000005/2021**

Ordem de Serviço / Compra  
**000304/2024**

Número do Empenho  
**000402/2024**

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 20 DIAS CORRIDOS APÓS EMISSÃO DE NOTA FISCAL  
Prazo de Entrega .....: Conforme Solicitação da Unidade  
Garantia .....:  
Assistência Técnica .....:

Fornecedor .....: **001564 - TELEVIDA CENTRO ESPECIALIZADO DE TELEDIAGNOSTICOS LTDA**  
Endereço .....: Avenida FRANCISCO MATARAZZO, 176 (CONJ 01) - AGUA BRANCA  
São Paulo, São Paulo, Brasil - C.E.P : 05.001-100  
CNPJ .....: 73.193.211/0001-61      Inscrição Estadual ...:  
Telefone .....:      Fax .....:  
Email .....:  
Conta p/ Pagamento.....:      Banco .....:

**VALOR DA CONFORMIDADE DE LIQUIDAÇÃO**

**270,00**

Valor.....: **R\$ 270,00 ( Duzentos e Setenta Reais )**

  
Ponte Nova-MG, 06 de Março de 2024

TELECARDIO CENTRO ESPECIALIZADO DE TELEDIAGNOSTICOS LTDA - 73.193.211/0001-61  
AV. FRANCISCO MATARAZZO, 176 CJ01 - ÁGUA BRANCA - CEP: 05001-100  
São Paulo - SP

Pioneira em Telemedicina no Brasil.

Instruções

1. Imprima em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser, em qualidade normal ou alta. Não use modo econômico.  
Por favor, configure margens esquerda e direita para 17mm.
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas à esquerda e à direita do formulário.
3. Corte na linha indicada. Não rasure, risque, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador



Beneficiário TELECARDIO CENTRO ESPECIALIZADO DE TELEDIAGNOSTICOS LTDA AV. FRANCISCO MATARAZZO, 176 CJ01 - CEP: 05001-100 - ÁGUA BRANCA - São Paulo - SP	Agência / Código do Beneficiário 3010-4 / 00134582-6	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 27309190000061556
Número do documento 164067	Contrato 2730919	CPF/CEI/CNPJ 73.193.211/0001-61	Vencimento 05/04/2024	Valor documento 580,72
(-) Desconto / Abatimento	(+) Juros / Multa	(=) Valor cobrado		
Pagador CONSORCIO INTER. DE SAUDE DA MICROREGIAO DO VALE DO PIRANGA - 01.095.667/0001-88 - AV ERNESTO TRIVELLATO, 120 - TRIANGULO - Ponte Nova - MG - CEP: 35430-141				

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Local de pagamento Pagável em qualquer banco	Vencimento 05/04/2024				
Beneficiário TELECARDIO CENTRO ESPECIALIZADO DE TELEDIAGNOSTICOS LTDA - 73.193.211/0001-61	Agência/Código do Beneficiário 3010-4 / 00134582-6				
Data do documento 06/03/2024	No. documento 164067	Espécie doc. DS	Aceite N	Data process. 06/03/2024	Nosso número 27309190000061556
Uso do banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor documento 580,72
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) Ordem de Serviço 100740 / Nota Fiscal 164067. Refere-se ao documento RPS 100696. - JUROS DE 2,0% a.m. E MULTA DE 5,00% a.m. - SUJEITO A PROTESTO E A SUSPENSÃO DO SERVIÇO APÓS 5 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Desconto / Abatimento
Pagador CONSORCIO INTER. DE SAUDE DA MICROREGIAO DO VALE DO PIRANGA - 01.095.667/0001-88 AV ERNESTO TRIVELLATO, 120 - TRIANGULO Ponte Nova - MG - CEP: 35430-141					(+) Juros / Multa
Sacador/Avalista					(=) Valor cobrado
					Cód. baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

Se preferir você também poderá realizar o pagamento via Pix



IMPRIMIR

FECHAR



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto via GovConta Caixa

Representação Numérica do Código de Barras:	00190.0000 90273.091900 40006.155617 1 596770000058072
Banco Emissor ou Destinatário:	BANCO DO BRASIL S/A
Nome do Beneficiário Original	TELECARDIO CENTRO ESPECIALIZADO DE TELEDIAGNOSTICO
CPF/CNPJ Beneficiário Original	73.193.211/0001-61
Nome Fantasia:	TELECARDIO CENTRO ESPECIALIZADO DE TELEDIAGNO
Nome do Sacador/Avalista:	
CPF/CNPJ Pagador Avalista:	
Nome do Pagador Final:	CISAMAPI PPI
CPF/CNPJ Pagador Final:	01.095.667/0001-88
Nome do Pagador:	CONSORCIO INTER DE SAUDE DA M
CPF/CNPJ Pagador:	01.095.667/0001-88
Beneficiário Final:	
CPF/CNPJ Beneficiário Final:	
Conta de Débito:	0146/006/00000351-8
Valor dos Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Data do Vencimento:	05/04/2024
Data de Débito:	04/04/2024
Valor Nominal (R\$):	580,72
Valor Calculado (R\$):	580,72
Valor Pago (R\$):	580,72
Identificação da Operação:	PG TELECARDIO
Data/Hora da Operação:	04/04/2024 - 13:55:16
Código da Operação:	095145548
Chave de Segurança:	KGTK0AU44CXVU1L7

**Operação realizada com sucesso.**