



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

SUBEMPENHO

Exercício

2024

Ficha

00065

Sub-Empenho / Tipo

001/00469 / 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 : **369/2024**

Contrato :

Favorecido: 001890 - CENTRO CLINICO SANTANA SERVIÇOS DE SAUDE LTDA

Telefone:

Endereço: Rua Santana , 101 , 35.424-009

Cidade: Mariana - MG

CNPJ / CPF :

Conta Bancária:

49.933.710/0001-63

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\$ 3.840,00 (Tres Mil e Oitocentos e Quarenta Reais)

DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO

Descontos:	Saldo Anterior.....:	16.000,00
	Despesa Empenhada..:	3.840,00
	Saldo Disponível.....:	12.160,00

Despesa Bruta.: 3.840,00	Descontos.: 0,00	Despesa Líquida.....:	3.840,00
---------------------------------	-------------------------	-----------------------	-----------------

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: **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, MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS e ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA. Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/ECD4-7569-F2A7-50C9



 MUNICIPIO DE MARIANA Município de Mariana Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e	Número do RPS	Número da nota 202400000000004									
	Data da emissão da nota 03/04/2024 16:47:21										
	Data do fato gerador 03/04/2024 16:47:21										
	Código de verificação J2XNKMWV9										
PRESTADOR DE SERVIÇOS											
Nome fantasia: CENTRO CLINICO SANTANA Nome/Razão social: CENTRO CLINICO SANTANA SERVICOS DE SAUDE LTDA CPF/CNPJ: 49.933.710/0001-63 Inscrição municipal: Endereço: R SANTANA Número: 101 Bairro: SANTANA CEP: 35420-000 Complemento: Município: Mariana UF: MG E-mail: CONTATO@CONTADMARIANA.COM Site: Inscrição estadual: Telefone: (31) 3557-1609											
TOMADOR DE SERVIÇOS											
Nome fantasia: Nome/Razão social: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO VALE DO CPF/CNPJ: 01.095.667/0001-88 Inscrição municipal: Inscrição estadual: Endereço: AV ERNESTO TRIVELLATO Número: 120 Bairro: TRIANGULO CEP: 35430-141 Complemento: Município: Ponte Nova UF: MG E-mail: tesouraria@cisamapi.mg.gov.br Telefone: Celular:											
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS											
	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)							
Realização de exames de Eletroneuromiografia em atendimento ao Município de Mariana, na data de 15/03/2024 .	320,0000	12,0000	3.840,0000	3.840,00x2,01 =							
Forma de Pagamento											
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	3.840,00								
RETENÇÕES FEDERAIS											
PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções						
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00						
Valor bruto = R\$ 3.840,00			Valor líquido = R\$ 3.840,00								
Códigos dos serviços: 04.01 - Medicina e biomedicina.											
Desc. condicionado(R\$)		Desc. incondicionado(R\$)		Deduções(R\$)		Base de cálculo(R\$)		Valor ISS(R\$)			
0,00		0,00		0,00		3.840,00		77,18			
TRIBUTAÇÃO DO ISSQN											
Natureza da operação: Tributação no município Situação tributária do ISSQN: Normal Local da prestação do serviço: Mariana											
OUTRAS INFORMAÇÕES											
Esta NFS-e foi emitida de acordo com o Decreto 6669 de 22 de fevereiro de 2013. CONSULTAR A AUTENTICIDADE ACESSE: https://e-gov.betha.com.br/e-nota/verificar_autenticidade.faces Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.01% Situação desta NFS-e: Normal Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.								 Verificar autenticidade			
Valor aproximado do tributo federal - R\$ 516,48 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 109,06 (2,84%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT											

Assinado por: 4 pessoas: ALBERGARIA LOPES MARCELO, VIVIANE CORREIO DE OLIVEIRA, MARIAREGINA DE CARVALHO MARTINS e ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/ECD4-7569-F2A7-50C9> e informe o código ECD4-7569-F2A7-50C9

Resumo de Agendas por Município - Profissional Solicitante

Agenda Intervalo 01/03/2024 00:00 e 15032024,

Situação Contém ATENDIDA,

::Estabelecimento igual a CENTRO CLÍNICO SANTANA,

Recurso Contém SP

Resumo de Agendas	Quantidade -	Valor
DAVI TEIXEIRA URZÊDO QUEIROZ	12	R\$3.840,00
CENTRO CLÍNICO SANTANA	12	R\$3.840,00
ELETRONEUROMIOGRAMA (1 OU 2 MEMBROS) (REAJUSTADO)	12	R\$3.840,00
MARIANA	12	R\$3.840,00
Total	12	R\$3.840,00

Quinta, 11 de Abril de 2024 - 08:21





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
000369/2024

Número do Empenho
000469/2024

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: **001890 - CENTRO CLINICO SANTANA SERVIÇOS DE SAUDE LTDA**
Endereço: Rua Santana, 101 - JARDIM SANTANA
Mariana, Minas Gerais, Brasil - C.E.P : 35.424-009
CNPJ: 49.933.710/0001-63 Inscrição Estadual:
Telefone: Fax:
Email:
Conta p/ Pagamento.....: Banco

VALOR DA CONFORMIDADE DE LIQUIDAÇÃO

3.840,00

Valor.....: **R\$ 3.840,00** (Tres Mil e Oitocentos e Quarenta Reais)

Ponte Nova-MG, 03 de Abril de 2024

Assinado por 4 pessoas: BRUNA RITA ALBERGARIA LOPES MARCELO, VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA, MARIANA APARECIDA DE OLIVEIRA, MARIA REGINA DE CARVALHO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/ECD4-7569-F2A7-50C9> e informe o código ECD4-7569-F2A7-50C9





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: ECD4-7569-F2A7-50C9

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

- ✓ BRUNA RITA ALBERGARIA LOPES MARCELO (CPF 013.XXX.XXX-70) em 12/04/2024 15:11:19 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 15/04/2024 15:45:46 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS (CPF 231.XXX.XXX-34) em 15/04/2024 16:27:22 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA (CPF 091.XXX.XXX-67) em 16/04/2024 11:54:58 (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/ECD4-7569-F2A7-50C9>

IMPRIMIR

FECHAR



2ª Via - Comprovante de Remessa de TED
via GovConta Caixa

Tipo de TED:	Terceiros
Nome:	CISAMAPI ASSISTENCIA
Conta Origem:	0146/006/00000350-0
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
CPF/CNPJ:	01.095.667/0001-88

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A
Conta Destino:	2279/00000057095-8
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
Nome do Destinatário:	CENTRO CLINICO SANTANA SERVICOS DE SAUDE
CPF/CNPJ Destinatário:	49.933.710/0001-63
Valor:	R\$ 3.840,00
Valor da Tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	00010 - Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PG CENTRO CLINICO
Histórico:	TED

Data de Débito:	16/04/2024
Data da Operação:	16/04/2024
Código da Operação:	00124154
Chave de Segurança:	X1VQSLC7Y2YKLCZ3

Operação realizada com sucesso.