



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

SUBEMPENHO

Exercício

2024

Ficha

00065

Sub-Empenho / Tipo

001/00531 / Estimativo

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

Emissão: 03 / 04 / 2024

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

Vencimento:

LICITAÇÃO

Modalidade : Inexigibilidade(credenciamento) Número: 1 Data: 03 / 02 / 2021

Nº Processo de Compra : 5 Data : 03 / 02 / 2021

Ordem de Serviço : 430/2024

Contrato :

Favorecido .....: 001698 - Hospital Vision Ltda
Endereço .....: Rua Nelson Wellerson , 10 , 36.900-000
Cidade .....: Manhuaçu - MG
Conta Bancária .....:

Telefone:

CNPJ / CPF : 34.798.933/0001-98

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\$ 7.235,00 ( Sete Mil e Duzentos e Trinta e Cinco Reais )

DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO

Descontos: Irrf - Pessoa Jurídica 108,52
Saldo Anterior .....: 7.235,00
Despesa Empenhada..: 7.235,00
Saldo Disponível .....: 0,00

Despesa Bruta.: 7.235,00 Descontos.: 108,52 Despesa Líquida.....: 7.126,48

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

O material ou serviço foi entregue conforme solicitado.

Face à liquidação processada determino o seu pagamento.

Data: 21/ 05/ 2024

Data: / /

VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA
DIRETORA ASSISTENCIAL

MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS
Secretaria Executiva

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 3 pessoas: BRUNA RITA ALBERGARIA LOPES MARCELO, VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA e MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/C43CE-C68F-306B-994A





FAZENDA PUBLICA DO MUNICIPIO DE MANHUACU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
SETOR DE TRIBUTOS



Gerado em: 21/05/2024 11:31:00

PRESTADOR DE SERVIÇO

Razão Social: HOSPITAL VISION LTDA

Nome Fantasia: HOSPITAL VISION  
Endereço: RUA NELSON WELERSON, 10, - ALFA SUL  
MANHUACU - MG - CEP: 36904-216  
E-mail: orteconte@orteconte.com.br - Fone: (33)3339-1000 - Celular: - Site:  
Inscrição Estadual: ..... - Inscrição Municipal: 0055591 - CPF/CNPJ: 34.798.933/0001-98

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Data de Emissão 21/05/2024	Codigo de Verificação para Autenticação d1528f6331c8851a0473f1b858c83aea	Regime Tributário Tributação Normal	Número RPS	Nº da Nota Fiscal 202400000000046
Tipo de Recolhimento Não Retido	Simple Não Optante	Local de Prestação No Município		

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DA MICROREGIAO DO VALE DO PIRANGA	CPF/CNPJ 01.095.667/0001-88	Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 0005003	
Endereço ERNESTO TRIVELLATO	Número 120	Complemento	Bairro TRIANGULO	
CEP 35430-141	Município Ponte Nova	UF MG	Telefone (31)3819-8806/	e-mail CISAMAPI@CONTABILIDADE.MG.GOV.BR

DESCRIÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

(Valores em R\$)

Descrição do Serviço	Un.	Quant.	Valor	Alíquota	Valor Serviço		
Facoemulsificação com implante de lente intra ocular	UN	7,00	965,00	3,00	6.755,00		
Consulta	UN	3,00	110,00	3,00	330,00		
Biometria	UN	3,00	50,00	3,00	150,00		
<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>			<b>7.235,00</b>				
<b>DEDUÇÕES</b>			<b>0,00</b>				
<b>DESC. INCONDICIONAL</b>			<b>0,00</b>				
<b>BASE DE CÁLCULO</b>			<b>7.235,00</b>				
<b>ISS A RECOLHER</b>					<b>217,05</b>		
<b>DEMONSTRATIVO DOS TRIBUTOS FEDERAIS</b>							
<b>INSS</b>	<b>IR</b>	<b>CSLL</b>	<b>COFINS</b>	<b>PIS</b>	<b>TOTAL DEMONSTRATIV</b>	<b>DESCONTOS DIVERSOS</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
0,00	108,52	0,00	0,00	0,00	108,52	0,00	7.126,48

OBSERVAÇÕES

Produção referente ao mês de abril de 2024

OUTRAS INFORMAÇÕES

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site <http://www.manhuacu.mg.gov.br>

RECEBI(EMOS) DA EMPRESA: HOSPITAL VISION LTDA A NOTA FISCAL Nº 202400000000046, EMITIDA EM 21/05/2024 NO VALOR R\$ 7.126,48

DATA DO RECEBIMENTO:...../...../.....

ASSINATURA DO DESTINATÁRIO

Assinado por: VIVIANE BOTADELLE FERREIRA OLIVEIRA e MARCELO VIVIANE FERREIRA OLIVEIRA  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/> e informe o código E06E-C68F-807B-9B4F





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: ED6A-C53F-F77F-2E4F

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

- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 21/05/2024 14:29:38 (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/ED6A-C53F-F77F-2E4F>



Resumo de Agendas por Município - Profissional Solicitante  
Agenda Intervalo 09/04/2024 00:00 e 09042024,  
Situação Contém ATENDIDA,  
::Estabelecimento igual a HOSPITAL VISION LTDA,  
Recurso Contém FM

Resumo de Agendas	Quantidade -	Valor
MURILO MESQUITA GOMES	13	R\$7.235,00
HOSPITAL VISION LTDA	13	R\$7.235,00
BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR	3	R\$150,00
JEQUERI	3	R\$150,00
CONSULTA OFTALMOLÓGICA ESPECIALIZADA EM CATARATA, RETINA, GLAUCOMA E PLÁSTICA OCULAR	3	R\$330,00
JEQUERI	3	R\$330,00
FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	7	R\$6.755,00
JEQUERI	7	R\$6.755,00
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>R\$7.235,00</b>

Terça, 21 de Maio de 2024 - 07:59





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 89CE-2479-5E88-BE20

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

- ✓ MARIA CECILIA LIBERATO DELFINO (CPF 088.XXX.XXX-70) em 22/05/2024 09:05:02 (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/89CE-2479-5E88-BE20>







## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 7CDC-BABE-D135-8DEE

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

- ✓ GERDSON SILVA SANTOS (CPF 137.XXX.XXX-02) em 23/05/2024 14:18:53 (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/7CDC-BABE-D135-8DEE>





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: C4CE-C68F-306B-994A

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

- ✓ BRUNA RITA ALBERGARIA LOPES MARCELO (CPF 013.XXX.XXX-70) em 24/05/2024 08:09:09 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 24/05/2024 08:52:04 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS (CPF 231.XXX.XXX-34) em 24/05/2024 09:17:56 (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/C4CE-C68F-306B-994A>



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>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
<b>Conta Destino:</b>	3049/00000059527-6
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>Nome do Destinatário:</b>	HOSPITAL VISION LTDA
<b>CPF/CNPJ Destinatário:</b>	34.798.933/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 7.126,48
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PG HOSPITAL VISION
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	24/05/2024
<b>Data da Operação:</b>	24/05/2024
<b>Código da Operação:</b>	00129600
<b>Chave de Segurança:</b>	NHKEVYU6Q9E9TZM6

**Operação realizada com sucesso.**