



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

**ESTADO DE MINAS GERAIS**

**SUBEMPENHO**

Exercício

**2024**

Ficha

**00065**

Sub-Empenho / Tipo

**001/00751 / Estimativo**

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

Emissão: 12 / 06 / 2024

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

Vencimento:

**LICITAÇÃO**

Modalidade : **Inexigibilidade** Número: **5** Data: **27 / 10 / 2022**

Nº Processo de Compra : **57** Data : **27 / 10 / 2022** Ordem de Serviço : **601/2024** Contrato : **17/2024**

Favorecido .....: 000251 - IRMANDADE DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES

Telefone:

Endereço .....: Rua Dr.Leonardo, , 200 , 35.430-003

Cidade .....: Ponte Nova - MG

CNPJ / CPF :

Conta Bancária .....:

23.798.846/0001-14

**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 .....: 1.621.000.0000 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual

Especificação da Despesa

Valor que se empenha referente aos serviços médicos realizados no período.

Valor

R\$ 4.335,00 ( Quatro Mil e Trezentos e Trinta e Cinco Reais )

**DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO**

Descontos: Saldo Anterior .....: **4.335,00**  
Despesa Empenhada...: **4.335,00**  
Saldo Disponível .....: **0,00**

Despesa Bruta.: **4.335,00** Descontos.: **0,00** Despesa Líquida .....: **4.335,00**

**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**

O material ou serviço foi entregue conforme solicitado.

Face à liquidação processada determino o seu pagamento.

Data: **25 / 06 / 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

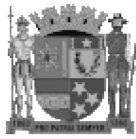
Banco .....: \_\_\_\_\_

Documento .....: \_\_\_\_\_

Conta .....: \_\_\_\_\_

Recursos .....: \_\_\_\_\_





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

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
2024/418



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Dados da NFS-e

Natureza da Operação: Isento Nº RPS:	Código de Autenticidade: 667afaa8 Nº NFS-e: 2024/418	Data de Emissão: 25/06/2024 14:13:12 Data Emissão RPS:
-----------------------------------------	---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Dados do Prestador



Razão Social: IRMANDADE DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES

Nome Fantasia: IRMANDADE DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES

CNPJ: 23.798.846/0001-14 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal: 76005869

Endereço: RUA Doutor Leonardo, 200, Centro, Centro, Cep:35430004, PONTE NOVA - MG

Telefone: (31) 3819-2600 E-mail: ihnsd@ihnsd.com.br

Incentivador Cultural: Não Simples Nacional: Não 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:

Insc. Municipal:

Endereço: AVENIDA ERNESTO TRIVELLATO, 120, TRIANGULO - CEP 35.430-141 - PONTE NOVA - MG

E-mail: gerencia.adm@cisamapi.mg.gov.br

Discriminação dos Serviços

INTERNAÇÕES (04 URETERORRENOLITOTRIPSÍAS FLEXÍVEIS UNILATERAIS + COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J UNILATERAL + 02 AMIGDALECTOMIAS C/ ADENOIDECTOMIAS - COM OU SEM TURBINOPLASTIA + 01 HERNIORRAFIA RECIDIVANTE + 01 COLECISTECTOMIAS SEM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA)

Observações

Código/Serviço - Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Código CNAE 8610101	ISSQN Retido Não	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\$ 42.684,00	Deduções R\$ 0,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Desconto Condicionado R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 42.684,00
Alíquota 0,00	Valor do ISSQN R\$ 0,00	Valor Total R\$ 42.684,00	Valor Líquido R\$ 42.684,00	

Recebemos de IRMANDADE DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES os serviços discriminados na nota fiscal eletrônica indicada ao lado.		NFS-e 2024/418
Data de recebimento	Assinatura e Documento do recebedor	



**Agenda Intervalo 16052024 e 15062024, Situação Contém ATENDIDA, Recurso Contém F1.621, Atendimento Contém INICIAL, ::Estabelecimento igual a 23798846000114 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES (PONTE NOVA), ::Profissional igual a 81830 - MATHEUS SOUZA CARVALHO e ::Procedimento Contém 31005497 - COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

**Resumo de Agendas por Profissional e Município**

<b>Resumo de Agendas</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor</b> 
<b>MATHEUS SOUZA CARVALHO</b>	1	4.335,00
<b>SEM-PEIXE</b>	1	4.335,00
<b>Total</b>	1	4.335,00

Terça, 25 de Junho de 2024 - 08:42



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

**CONFORMIDADE  
LIQUIDAÇÃO  
000001/2024**

Processo de Compra  
**000057/2022**

Ordem de Serviço / Compra  
**000601/2024**

Número do Empenho  
**000751/2024**

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 .....: 000251 - IRMANDADE DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES**  
Endereço .....: Rua Dr.Leonardo,, 200 - CENTRO  
Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil - C.E.P : 35.430-003  
CNPJ .....: 23.798.846/0001-14 Inscrição Estadual ...:  
Telefone .....: Fax .....:  
Email .....:  
Conta p/ Pagamento.....: Banco .....

**VALOR DA CONFORMIDADE DE LIQUIDAÇÃO**

**4.335,00**

Valor.....: **R\$ 4.335,00 ( Quatro Mil e Trezentos e Trinta e Cinco Reais )**

Ponte Nova-MG, 25 de Junho de 2024





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 53CA-FC7D-CA16-E171

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

- ✓ RENATA AMARAL DE FREITAS (CPF 097.XXX.XXX-32) em 26/06/2024 15:53:07 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 26/06/2024 15:54:16 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS (CPF 231.XXX.XXX-34) em 26/06/2024 16:05:04  
(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/53CA-FC7D-CA16-E171>

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>	3164/00000310972-0
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>Nome do Destinatário:</b>	IRMANDADE DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS
<b>CPF/CNPJ Destinatário:</b>	23.798.846/0001-14
<b>Valor:</b>	R\$ 42.684,00
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PG IRMANDADE DO HOSP
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	27/06/2024
<b>Data da Operação:</b>	27/06/2024
<b>Código da Operação:</b>	00110342
<b>Chave de Segurança:</b>	2JJ1R4LEFJV8X3JN
<b>Operação realizada com sucesso.</b>	