



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

SUBEMPENHO

Exercício

2024

Ficha

00065

Sub-Empenho / Tipo

001/00757 / Estimativo

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

Emissão: 12 / 06 / 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 : **607/2024**

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\$ 6.080,00 (Seis Mil e Oitenta Reais)

DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO

Descontos:	Saldo Anterior.....:	9.280,00
	Despesa Empenhada..:	6.080,00
	Saldo Disponível.....:	3.200,00
Despesa Bruta.: 6.080,00	Descontos.: 0,00	Despesa Líquida.....:
		6.080,00

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: **27/ 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

Assinado por 3 pessoas: RENAT A AMARAL DE FREITAS, VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA, MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS. Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/9921-C672-A077-B0B5



 MUNICIPIO DE MARIANA Município de Mariana Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e	Número do RPS	Número da nota 20240000000012
	Data da emissão da nota 27/06/2024 13:33:08	
	Data do fato gerador 27/06/2024 13:33:08	
	Código de verificação Q0EL4XA6B	

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: 10763
Endereço: R SANTANA Número: 101 Bairro: SANTANA CEP: 35424-009
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, em 18/05/24 .	320,0000	19,0000	6.080,0000	6.080,00x2,01 =

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	6.080,00								

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\$ 6.080,00		Valor líquido = R\$ 6.080,00			

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	6.080,00	122,21

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.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 817,76 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 172,67 (2,84%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

Assinado por 3 pessoas em 27/06/2024 às 13:33:08. Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/0929363373640709E08B5 e informe o código 9929363373640709E08B5



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: D43E-3A96-FC00-1685

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

- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 27/06/2024 16:35:16 (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/D43E-3A96-FC00-1685>



Resumo de Agendas por Município - Profissional Solicitante
Agenda Intervalo 16/05/2024 00:00 e 15062024,
Situação Contém ATENDIDA,
::Profissional Executante igual a DAVI TEIXEIRA URZÊDO QUEIROZ,
Recurso Contém FM ou SP

Resumo de Agendas	Quantidade -	Valor
DAVI TEIXEIRA URZÊDO QUEIROZ	19	R\$6.080,00
CENTRO CLÍNICO SANTANA	19	R\$6.080,00
ELETRONEUROMIOGRAMA (1 OU 2 MEMBROS) (REAJUSTADO)	19	R\$6.080,00
MARIANA	19	R\$6.080,00
Total	19	R\$6.080,00

Quarta, 26 de Junho de 2024 - 16:04





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: A3CE-9B45-D185-4CE6

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

- ✓ MARIA CECILIA LIBERATO DELFINO (CPF 088.XXX.XXX-70) em 28/06/2024 09:26:40 (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/A3CE-9B45-D185-4CE6>





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 2F09-DDD9-4428-9912

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

- ✓ GRACIELE CRISTINA BARBOSA (CPF 110.XXX.XXX-44) em 28/06/2024 10:07:47 (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/2F09-DDD9-4428-9912>





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 9921-C672-A077-B0B5

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

- ✓ RENATA AMARAL DE FREITAS (CPF 097.XXX.XXX-32) em 28/06/2024 14:05:52 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 28/06/2024 14:14:41 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS (CPF 231.XXX.XXX-34) em 28/06/2024 14:17:06 (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/9921-C672-A077-B0B5>



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	0146 / 006 / 00000350-0
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	CISAMAPI ASSISTENCIA
CPF/CNPJ:	01.095.667/0001-88

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2279 / 00000057095-8
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	CENTRO CLINICO SANTANA SERVICOS DE SAUDE
CPF/CNPJ:	49.933.710/0001-63
Valor:	R\$ 6.080,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	PG CENTRO CLIN SANTA
Histórico:	

Data de débito:	28/06/2024
Data / Hora da operação:	28/06/2024 14:36:24

Código da operação:	00139219
Chave de segurança:	CMXR54ECLY1PH28F

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104