

## Proc. Administrativo 1- 078/2024

---

**De:** Mayara G. - SE-DCON-CO

**Para:** SE-DCON - Diretoria de Contabilidade - A/C Bruna M.

**Data:** 03/04/2024 às 09:35:56

**Setores envolvidos:**

SE-DCON-CO, SE-DCON, SE-DCON-TE

### INOVAMED HOSPITALAR LTDA - Nota Fiscal 341287

Segue subempenho InovaMed.

—

**Mayara Padula Gomides**

*Auxiliar Administrativo/Patrimônio*

**Anexos:**

252\_INOVAMED.pdf



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

SUBEMPENHO

Exercício

2024

Ficha

00032

Sub-Empenho / Tipo

001/00252 / Estimativo

Convênio.....: 00111 - Custeio Médico - Fixo

Emissão: 02 / 02 / 2024

Centro de Custo.....: 00027 - MATERIAL FARMACOLOGICO

Vencimento:

LICITAÇÃO

Modalidade : Pregão Eletrônico Número: 14 Data: 08 / 08 / 2023

Nº Processo de Compra : 24 Data : 13 / 07 / 2023

Ordem de Serviço : 185/2024

Contrato :

Favorecido .....: 001542 - INOVAMED HOSPITALAR LTDA
Endereço .....: Rua DR. JOÃO CARUSO , 2115 , 99.700-000
Cidade .....: Erechim - RS
Conta Bancária .....:

Telefone:

CNPJ / CPF : 12.889.035/0001-02

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 .....: 2.008 Manutenção dos Serviços Médicos e Ambulatoriais - Rateio Fixo
Natureza .....: 3.3.90.30.09 Medicamentos
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 ao registro de preços para eventual aquisição dos medicamentos para us do CISAMAPI e dos municípios consorciados dp CISAMAPI.

Valor

R\$ 567,00 ( Quinhentos e Sessenta e Sete Reais )

DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO

Descontos: Irrf - Pessoa Jurídica 6,80
Saldo Anterior .....: 567,00
Despesa Empenhada.: 567,00
Saldo Disponível .....: 0,00

Despesa Bruta.: 567,00 Descontos.: 6,80 Despesa Líquida .....: 560,20

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: 02 / 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, ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA, VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA e MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/6406-C069-8CF7-03D7





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 6406-C069-8CF7-03D7

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

- ✓ BRUNA RITA ALBERGARIA LOPES MARCELO (CPF 013.XXX.XXX-70) em 10/04/2024 15:45:54 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA (CPF 091.XXX.XXX-67) em 11/04/2024 16:56:33 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 11/04/2024 17:34:03 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS (CPF 231.XXX.XXX-34) em 12/04/2024 08:15:32 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

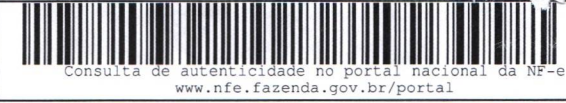
Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/6406-C069-8CF7-03D7>



Identificação do Emitente  
**INOVAMED HOSPITALAR LTDA**  
 RUA DR. JOÃO CARUSO - 2115 - DISTRITO INDUSTRIAL - ERECHIM - RS - 99706-250  
**Telefone:** (54)2106-7930  
**E-mail:** inovamed@inovamedhospitalar.com

**DANF-e**  
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA  
 Nº: **341287**  
 SÉRIE 1  
 FL 1 of 1



Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)

CHAVE DE ACESSO  
 4324 0312 8890 3500 0102 5500 1000 3412 8716 6981 8384

NATURA DA OPERAÇÃO  
**VENA DE MERCADORIA ADQ OU RECEB DE TERC, DEST A NAO CONTRIB**  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 03900770 INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO: 0029273030068 CNPJ: 12.889.035/0001-02  
 Protocolo de Autorização(Data e Hora): 143240068932377 20/03/2024 15:43:13

DESTINATÁRIO/REMETENTE  
 NOME RAZÃO SOCIAL: GONSOB INTERM DE SAUDE DA MICROREGIAO DO VALE DO PIRANGA CNPJ/CPF: 01.095.667/0001-88 DATA DA EMISSÃO: 20/03/2024  
 LOGRADOURO: AV ESTANISLAU TRIVELLATO Nº: 120 COMPLEMENTO: TRIANGULO BAIRO/DISTRITO: TRIANGULO DATA DA ENTRADA/SAÍDA: 20/03/2024  
 CEP: 35430-630 MUNICÍPIO: PONTE NOVA Telefone/Fax: (31)3819-8810 UF: MG INSCRIÇÃO ESTADUAL: HORA DE SAÍDA:

FATURA  
 Nº: 1 Venc.: 19/04/24 Valor: 567,00

CÁLCULO DO IMPOSTO  
 BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 567,00 VALOR DO ICMS: 68,04 BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST: 0,00 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 567,00  
 VALOR DO FRETE: 0,00 VALOR DO SEGURO: 0,00 VALOR DO DESCONTO: 0,00 OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 0,00 VALOR DO IPI: 0,00 VALOR TOTAL DA NOTA: 567,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS  
 RAZÃO SOCIAL: MULTISCV TRANSPORTES LTDA FRETE POR CONTA: 0 - Emitente CÓDIGO ANTT: PLACA DO VEÍCULO: PC 1234 UF: RS CNPJ/CPF: 04.169.737/0001-93  
 LOGRADOURO: RODOVIA BR 282 KM 376, 4 - INTERIOR MUNICÍPIO: HERVAL D OESTE UF: SC INSCRIÇÃO ESTADUAL: 254530630  
 QUANTIDADE: 1 ESPÉCIE: MARCA: NUMERAÇÃO: 1 PESO BRUTO: 1,80 PESO LÍQUIDO: 1,80

ENDEREÇO DE ENTREGA  
 LOGRADOURO: AV ESTANISLAU TRIVELLATO Nº: 120 COMPLEMENTO: BAIRO: TRIANGULO CEP: 35430-141 MUNICÍPIO: PONTE NOVA UF: MG

Cod.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTD	V. UN.	V. TOTAL	PMC	BC. ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS	BC. ICMS ST	V. ICMS ST
1340	MIDAZOLAM 5 MG/ML IM/IV 3 ML AMP (B1)(G) MIDAZOLAM (B1) PRINCÍPIO ATIVO: MIDAZOLAM X C/100 AMP: FAB: HIPOLABOR GEN (PO) AN: 7898123907466 FCI: 1A4ACBF1-AC37-407E-A904-A69C558DA855 AB: 23/06/2023 VAL: 31/05/2025 LT: AP-081/23 BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1134301430061	30049099	500	6108	AM	300	1,89	567,00	16,61	567,00	68,04	12,00	0,00	0,00
<b>FIM DOS PRODUTOS</b>								<b>567,00</b>						

CÁLCULO DO ISSQN  
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: BASE DE CÁLCULO DE ISSQN: VALOR DO ISSQN:

DADOS ADICIONAIS  
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  
 VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS, CONFORME LEI DA TRANSPARENCIA R\$: 107.73 (19.00%)  
 / LIC 32570\_EMP\_OC\_185/2024\_PE\_14/2023\_PROC\_024/2023 / LEI 8.666/1993  
 OBSERVAÇÃO:  
 DEPOSITO BANCO DO BRASIL AG 132-5 CC 161027-9-PIX BB: 12.889.035/0001-02  
 RETENÇÃO DE 1,2% DE IR CFE. IN RFB N.º 1234/2012 NO VALOR DE R\$ 6,8  
 Num WMS:  
 RESERVADO AO FISCO




VERIFICAÇÃO DAS  
ASSINATURAS



Código para verificação: 2174-92EC-CF18-EF66

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

GERDSON SILVA SANTOS (CPF 137.XXX.XXX-02) em 02/04/2024 16:27:07 (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/2174-92EC-CF18-EF66>



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

**CONFORMIDADE**  
**LIQUIDAÇÃO**  
**000001/2024**

Processo de Compra  
**000024/2023**

Ordem de Serviço / Compra  
**000185/2024**

Número do Empenho  
**000252/2024**

Ficha Orçamentária  
**00032**

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 30 dias após a emissão da Nota Fiscal.  
Prazo de Entrega .....: 10 Dias Após o Recebimento da Ordem de Serviço  
Garantia .....:  
Assistência Técnica .....:

**Fornecedor .....: 001542 - INOVAMED HOSPITALAR LTDA**  
Endereço .....: Rua DR. JOÃO CARUSO, 2115 - Industrial  
Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil - C.E.P : 99.700-000  
CNPJ .....: 12.889.035/0001-02      Inscrição Estadual ...:  
Telefone .....:      Fax .....:  
Email .....:  
Conta p/ Pagamento.....:      Banco .....:

**VALOR DA CONFORMIDADE DE LIQUIDAÇÃO**

**567,00**

Valor.....: **R\$ 567,00**      ( **Quinhentos e Sessenta e Sete Reais** )

Ponte Nova-MG, 02 de Abril de 2024

Assinado por 1 pessoa: GRACIELE CRISTINA BARBOSA  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/147A-A6A0-07B2-75EE> informe o código 147A-A6A0-07B2-75EE





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 147A-A6A0-07B2-75EF

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

- ✓ GRACIELE CRISTINA BARBOSA (CPF 110.XXX.XXX-44) em 03/04/2024 08:34:34 (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/147A-A6A0-07B2-75EF>

IMPRIMIR

FECHAR



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

<b>Tipo de TED:</b>	Terceiros
<b>Nome:</b>	CISAMAPI CUSTEIO MEDICO
<b>Conta Origem:</b>	0146/006/00000683-5
<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>	001 - BANCO DO BRASIL S/A
<b>Conta Destino:</b>	0132/00000161027-9
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>Nome do Destinatário:</b>	INOVAMED HOSPITALAR LTDA
<b>CPF/CNPJ Destinatário:</b>	12.889.035/0001-02
<b>Valor:</b>	R\$ 560,20
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PG INOVAMED
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	16/04/2024
<b>Data da Operação:</b>	16/04/2024
<b>Código da Operação:</b>	00125900
<b>Chave de Segurança:</b>	48GSVN4M5V7PJK58

**Operação realizada com sucesso.**