



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

**SUBEMPENHO**

Exercício

2024

Ficha

00065

Sub-Empenho / Tipo

001/00172 / Estimativo

Convênio.....: 00102 - Serviços Médicos Fundo - Variável

Emissão: 02 / 01 / 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 : **123/2024**

Contrato :

Favorecido .....: 000055 - CLÍNICA NEUROLÓGICA K M LTDA

Telefone:

Endereço .....: Praça Cesário Alvim, , 228 - - 33-3321-2760 , 35.300-036

Cidade .....: Caratinga - MG

CNPJ / CPF :

Conta Bancária .....:

05.595.627/0001-56

**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\$ 14.520,00 ( Quatorze Mil e Quinhentos e Vinte Reais )

**DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO**

Descontos:	Saldo Anterior.....:	14.708,25
	Despesa Empenhada...:	14.520,00
	Saldo Disponível.....:	188,25
Despesa Bruta.: <b>14.520,00</b>	Descontos.: <b>0,00</b>	Despesa Líquida.....:
		<b>14.520,00</b>

**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*

MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS

*Bruna Rita Albergaria Lopes Marcelo*

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: **23 / 02 / 2024**

Data: / /

*Viviane Cordeiro de Oliveira*

*Maria Regina de Carvalho Martins*

*Adriana Aparecida de Oliveira*

VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA  
Gerente

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: **27, 02, 2024**

Nome

Assinatura

*Comprovante anexo*

Banco .....: **CEF**


Documento .....: **TEO**

Conta .....: **350-0**

Recursos .....

2023 63

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

<b>CLINICA NEUROLOGICA K &amp; M LTDA</b> RUA CEL ANTONIO DA SILVA, 521 - SALA 502 CEP: 35300-032 - Bairro: CENTRO Município: Caratinga - MG E-mail: audicon.dfiscal@gmail.com Fone: (33) 3322-3003 <b>CNPJ / CPF</b> 05.595.627/0001-56 <b>Inscrição Estadual</b> **** <b>Inscrição Municipal</b> 33145		Número da NFS-e	
		20240000001023	
		Data do Serviço	Código Verificador
		23/02/2024	a201b0086

<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CARATINGA/MG</b> Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (33) 3329-8000 - caratinga.govbr.cloud/NFSe.Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	23/02/2024	Exigível	Caratinga/MG

TOMADOR DO SERVIÇO		Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social <b>CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICROREGIÃO</b>		Caratinga/MG	
Endereço AV. ERNESTO TRIVELATO, 120			
Cidade	UF	Fone	CEP
Ponte Nova	MG	(31) 3819-8810	35430-141
Bairro	TRIÂNGULO		
CNPJ / CPF	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	
01.095.667/0001-88			
E-mail tesouraria@cisamapi.mg.gov.br			


INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO			
Nome / Razão Social	CNPJ / CPF	Inscrição Municipal	
*****	*****	*****	
mail		Fone	Cidade
			*****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO PERÍODO DE 02/01/2024 ATÉ 15/02/2024, PELO CIS-AMAPI.. Alíquota Efetiva: 2,8340538519%.	16.665,00	2,83	472,30	Não

Código do Serviço		Código NBS	
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		*****	
CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS
0,00	0,00	0,00	0,00
IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Importação
0,00	0,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
16.665,00	472,30	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e		Valor Líquido da NFS-e	
16.665,00		16.665,00	

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
 NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI  
 Lei 12741/2012: Mun: R\$428,29; Est: R\$0,00; Fed: R\$2241,44; Total Aprox: R\$2669,73. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 23/02/2024 às 11:28:08.  
 Para consultar a autenticidade acesse: [caratinga.govbr.cloud/NFSe.Portal](http://caratinga.govbr.cloud/NFSe.Portal)



Recebi(emos) de CLINICA NEUROLOGICA K & M LTDA  os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	20240000001023 Número da NFS-e  Competência 23/02/2024  NFS-e a201b0086	Número de Controle do Município
_____ Identificação e assinatura do recebedor		

Consulta realizada em 23/02/2024 às 11:28:08.  
 Para consultar a autenticidade acesse: [caratinga.govbr.cloud/NFSe.Portal](http://caratinga.govbr.cloud/NFSe.Portal)

Agenda Intervalo 02012024 e 15022024, Situação Contém ATENDIDA, Recurso Contém FM, Atendimento Contém INICIAL, ::Profissional igual a 31330 - MOACIR DA SILVA PEIXOTO e :: Procedimento Contém 0301010072 - CONSULTA EM NEUROLOGIA  
Resumo de Agendas por Profissional e Município

Resumo de Agendas	Quantidade		Valor
MOACIR DA SILVA PEIXOTO	264	14.520,00	
PIEDADE DE PONTE NOVA	42	2.310,00	
RAUL SOARES	38	2.090,00	
RIO CAÇAÇA	68	3.740,00	
SANTO ANTÔNIO DO GRAMA	30	1.650,00	
SÃO JOSE DO GOIABAL	28	1.540,00	
SÃO PEDRO DOS FERROS	47	2.585,00	
URUCÂNIA	11	605,00	
Total	264	14.520,00	

Segunda, 19 de Fevereiro de 2024 - 07:21





**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>	001 - BANCO DO BRASIL S/A
<b>Conta Destino:</b>	0177/00000014813-x
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>Nome do Destinatário:</b>	CLINICA NEUROLOGICA KM LTDA
<b>CPF/CNPJ Destinatário:</b>	05.595.627/0001-56
<b>Valor:</b>	R\$ 14.520,00
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PG CLINICA NEUROLOGI
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	27/02/2024
<b>Data da Operação:</b>	27/02/2024
<b>Código da Operação:</b>	00126212
<b>Chave de Segurança:</b>	R5M0T8YMJ1690SMR
<b>Operação realizada com sucesso.</b>	