



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

**ESTADO DE MINAS GERAIS**

**SUBEMPENHO**

Exercício

**2024**

Ficha

**00065**

Sub-Empenho / Tipo

**001/00165 / Estimativo**

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

Emissão: 02 / 01 / 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 : **116/2024** Contrato :

Favorecido .....: 001629 - ALCOS SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
Endereço .....: Rua MANOEL DA COSTA ATHAYDE , 96 - SALA 8 , 35.420-000  
Cidade .....: Mariana - MG  
Conta Bancária .....:

Telefone:  
CNPJ / CPF :  
36.447.457/0001-96

**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\$ 4.000,00 ( Quatro Mil Reais )

**DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO**

Descontos:	Saldo Anterior .....	<b>6.000,00</b>
	Despesa Empenhada..:	<b>4.000,00</b>
	Saldo Disponível.....:	<b>2.000,00</b>

Despesa Bruta.: <b>4.000,00</b>	Descontos.: <b>0,00</b>	Despesa Líquida.....:	<b>4.000,00</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: **27 / 02 / 2024**  
*Viviane Cordeiro de Oliveira*  
VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA  
Gerente

Data: / /  
*Maria Regina de Carvalho Martins*  
MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS  
Secretaria Executiva

*Adriana Aparecida de Oliveira*  
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: **29 / 02 / 2024**

Nome

Assinatura

*Comprovante anexo*

Banco .....: **CEF**  
Documento .....: **TEO**  
Conta.....: **950.0**  
Recursos .....

 <b>MUNICÍPIO DE MARIANA</b> Município de Mariana Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e	Número do RPS	Número da nota 202400000000039
	Data da emissão da nota 27/02/2024 09:53:22	
	Data do fato gerador 27/02/2024 09:53:22	
	Código de verificação VZ10JUZ2I	

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia:  
Nome/Razão social: ALCOS SERVICOS MEDICOS LTDA  
CPF/CNPJ: 36.447.457/0001-96 Inscrição municipal: 8860 Inscrição estadual:  
Endereço: R MANOEL DA COSTA ATHAYDE Número: 96 Bairro: CENTRO CEP: 35420-000 Telefone: (37) 3261-9450  
Complemento: SALA 8  
Município: Mariana UF: MG  
E-mail: lennondacosta@hotmail.com Site:

**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: Telefone: Celular:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Consultas médicas oftalmológicas .	4.000,0000	1,0000	4.000,0000	4.000,00x4,06 =	162,40

**Forma de Pagamento**

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	4.000,00								

**RETENÇÕES FEDERAIS**

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSSL	Outras retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
<b>Valor bruto = R\$ 4.000,00</b>			<b>Valor líquido = R\$ 4.000,00</b>		

Códigos dos serviços:

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

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	4.000,00	162,40

**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 ACESSO: [https://e-gov.betha.com.br/e-nota/verificar\\_autenticidade.faces](https://e-gov.betha.com.br/e-nota/verificar_autenticidade.faces)

Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 4.06%

Situação desta NFS-e: Normal

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 538,00 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 102,80 (2,57%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

Certificamos que o material/serviço constante deste documento foi recebido ou prestado em perfeitas condições

Assinatura	CI Matrícula
<i>Nduwèrà</i>	<i>76</i>
Assinatura	CI Matrícula
Data de Recebimento	<i>27/09/24</i>

Resumo de Agendas por Município - Profissional Solicitante  
Agenda Intervalo 02/01/2024 00:00 e 15022024,  
Situação Contém ATENDIDA,  
::Profissional Executante igual a LENNON DA COSTA SANTOS,  
Recurso Contém FM

Resumo de Agendas	Quantidade -	Valor
LENNON DA COSTA SANTOS	4	R\$4.000,00
ALCOS SERVICOS MEDICOS LTDA	4	R\$4.000,00
INJEÇÃO MONOCULAR ANTIANGIOGÊNICA DE AVASTIN (INCLUI MEDICAMENTO)	4	R\$4.000,00
MARIANA	4	R\$4.000,00
Total	4	R\$4.000,00

*medicina*

Terça, 27 de Fevereiro de 2024 - 10:06



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

**CONFORMIDADE  
LIQUIDAÇÃO  
000001/2024**

Processo de Compra  
**000005/2021**

Ordem de Serviço / Compra  
**000116/2024**

Número do Empenho  
**000165/2024**

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 .....: 001629 - ALCOS SERVIÇOS MEDICOS LTDA**  
Endereço .....: Rua MANOEL DA COSTA ATHAYDE, 96 (SALA 8) - CENTRO  
Mariana, Minas Gerais, Brasil - C.E.P : 35.420-000  
CNPJ .....: 36.447.457/0001-96      Inscrição Estadual ...:  
Telefone .....:      Fax .....:  
Email .....:  
Conta p/ Pagamento.....:      Banco .....:

**VALOR DA CONFORMIDADE DE LIQUIDAÇÃO**

**4.000,00**

Valor.....: **R\$      4.000,00      ( Quatro Mil Reais )**

Ponte Nova-MG, 27 de Fevereiro de 2024

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>	4027/00040022069-5
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>Nome do Destinatário:</b>	ALCOS SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ Destinatário:</b>	36.447.457/0001-96
<b>Valor:</b>	R\$ 4.000,00
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PG ALCOS
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	29/02/2024
<b>Data da Operação:</b>	29/02/2024
<b>Código da Operação:</b>	00117959
<b>Chave de Segurança:</b>	J6YXXQAV7GWPEVQ3
<b>Operação realizada com sucesso.</b>	