



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

SUBEMPENHO

Exercício

2024

Ficha

00065

Sub-Empenho / Tipo

001/00471 / Estimativo

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

Emissão: 01 / 03 / 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 : 372/2024

Contrato :

Favorecido: 001698 - Hospital Vision Ltda
Endereço: Rua Nelson Wellerson , 10 , 36.900-000
Cidade: Manhuaçu - MG
Conta Bancária:

Telefone:

CNPJ / CPF : 34.798.933/0001-98

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\$ 6.750,00 (Seis Mil e Setecentos e Cinquenta Reais)

DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO

Descontos: Irrf - Pessoa Jurídica 101,25

Saldo Anterior: 7.875,00
Despesa Empenhada..: 6.750,00
Saldo Disponível: 1.125,00

Despesa Bruta.: 6.750,00 Descontos.: 101,25

Despesa Líquida: 6.648,75

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: 21/ 05/ 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: RENATA 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/47E1-5ADC-CF7F-EEEE4





FAZENDA PUBLICA DO MUNICIPIO DE MANHUACU
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
SETOR DE TRIBUTOS



Gerado em: 21/05/2024 11:26:13

PRESTADOR DE SERVIÇO

Razão Social: HOSPITAL VISION LTDA

Nome Fantasia: HOSPITAL VISION
 Endereço: RUA NELSON WELERSON, 10, - ALFA SUL
 MANHUACU - MG - CEP: 36904-216
 E-mail: orteconte@orteconte.com.br - Fone: (33)3339-1000 - Celular: - Site:
 Inscrição Estadual: - Inscrição Municipal: 0055591 - CPF/CNPJ: 34.798.933/0001-98

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Data de Emissão 21/05/2024	Codigo de Verificação para Autenticação 36bf2826e23bdc915d1faed78f049a68	Regime Tributário Tributação Normal	Número RPS	Nº da Nota Fiscal 202400000000045
Tipo de Recolhimento Não Retido	Simples Não Optante	Local de Prestação No Município		

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DA MICROREGIAO DO VALE DO PIRANGA		CPF/CNPJ 01.095.667/0001-88	Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 0005003
Endereço ERNESTO TRIVELLATO		Número 120	Complemento	Bairro TRIANGULO
CEP 35430-141	Município Ponte Nova	UF MG	Telefone (31)3819-8806/	e-mail CISAMAPI@CONTABILIDADE.MG.GOV.BR

DESCRIÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

(Valores em R\$)

Serviço Principal: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulat					
Descrição do Serviço	Un.	Quant.	Valor	Alíquota	Valor Serviço

Facoemulsificação com implante de lente intra ocular	UN	6,00	965,00	3,00	5.790,00
Consulta	UN	6,00	110,00	3,00	660,00
Biometria	UN	6,00	50,00	3,00	300,00

VALOR TOTAL DA NOTA	DEDUÇÕES	DESC. INCONDICIONAL	BASE DE CÁLCULO	ISS A RECOLHER
6.750,00	0,00	0,00	6.750,00	202,50

DEMONSTRATIVO DOS TRIBUTOS FEDERAIS

					TOTAL DEMONSTRATIV	DESCONTOS DIVERSOS	VALOR LÍQUIDO
INSS	IR	CSLL	COFINS	PIS	101,25	0,00	6.648,75
0,00	101,25	0,00	0,00	0,00			

OBSERVAÇÕES

Produção referente aos atendimentos do mês de março de 2024

OUTRAS INFORMAÇÕES

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site <http://www.manhuacu.mg.gov.br>

RECEBI(EMOS) DA EMPRESA: HOSPITAL VISION LTDA A NOTA FISCAL Nº 202400000000045, EMITIDA EM 21/05/2024 NO VALOR R\$ 6.648,75

DATA DO RECEBIMENTO:...../...../.....

ASSINATURA DO DESTINATÁRIO

Assinado por: VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA - MARIA REGINA DE CARVALHO - CPF: 038.444.444-44 - Informar o código de verificação: A71B5-5XBD-CE26-4EE22e informe o código de verificação: A71B5-5XBD-CE26-4EE22e Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/A71B5-5XBD-CE26-4EE22e>





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: A105-E7ED-A255-4BC2

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

- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 21/05/2024 14:28:29 (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/A105-E7ED-A255-4BC2>



Resumo de Agendas por Município - Profissional Solicitante
Agenda Intervalo 05/03/2024 00:00 e 05032024,
Situação Contém ATENDIDA,
::Estabelecimento igual a HOSPITAL VISION LTDA,
Recurso Contém FM

Resumo de Agendas	Quantidade -	Valor
MURILO MESQUITA GOMES	18	R\$6.750,00
HOSPITAL VISION LTDA	18	R\$6.750,00
BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR	6	R\$300,00
JEQUERI	6	R\$300,00
CONSULTA OFTALMOLÓGICA ESPECIALIZADA EM CATARATA, RETINA, GLAUCOMA E PLÁSTICA OCULAR	6	R\$660,00
JEQUERI	6	R\$660,00
FACIEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	6	R\$5.790,00
JEQUERI	6	R\$5.790,00
Total	18	R\$6.750,00

Terça, 21 de Maio de 2024 - 07:55





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 8BB0-6165-7C74-30A9

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

- ✓ MARIA CECILIA LIBERATO DELFINO (CPF 088.XXX.XXX-70) em 22/05/2024 09:08:24 (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/8BB0-6165-7C74-30A9>





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 646A-56B3-CF33-2E9F

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

- ✓ GERDSON SILVA SANTOS (CPF 137.XXX.XXX-02) em 23/05/2024 15:12:31 (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/646A-56B3-CF33-2E9F>





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 47E1-5ADC-CF7F-EEE4

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

- ✓ RENATA AMARAL DE FREITAS (CPF 097.XXX.XXX-32) em 24/05/2024 09:08:19 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 24/05/2024 09:27:42 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS (CPF 231.XXX.XXX-34) em 24/05/2024 16:28:35 (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/47E1-5ADC-CF7F-EEE4>



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:	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3049 / 00000059527-6
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	HOSPITAL VISION LTDA
CPF/CNPJ:	34.798.933/0001-98
Valor:	R\$ 6.648,75
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	PG HOSPITAL VISION
Histórico:	

Data de débito:	27/05/2024
Data / Hora da operação:	27/05/2024 15:07:42

Código da operação:	00126488
Chave de segurança:	L00UQ9KM0KQ24F9N

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