



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

ESTADO DE MINAS GERAIS

**SUBEMPENHO**

Exercício

2024

Ficha

00065

Sub-Empenho / Tipo

022/00517 / Estimativo

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

Emissão: 03 / 04 / 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 : **416/2024**

Contrato :

Favorecido .....: 000047 - FUND. FILANT. BENEF. SAÚDE A. GAVAZZA FILHO

Telefone:

Endereço .....: Avenida Dr.José Grossi, , 16 , 35.430-000

Cidade .....: Ponte Nova - MG

CNPJ / CPF :

Conta Bancária .....:

26.150.979/0001-78

**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\$ 3.460,00 ( Tres Mil e Quatrocentos e Sessenta Reais )

**DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO**

Descontos:	Saldo Anterior.....:	<b>31.802,95</b>
	Despesa Empenhada..:	<b>3.460,00</b>
	Saldo Disponível.....:	<b>28.342,95</b>

Despesa Bruta.:	<b>3.460,00</b>	Descontos.:	<b>0,00</b>	Despesa Líquida.....:	<b>3.460,00</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**

\_\_\_\_\_  
**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: **09 / 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 .....: \_\_\_\_\_



Município de Ponte Nova - MG  
Secretaria Municipal de Fazenda  
Rua Avenida Caetano Marinho, Centro, 306 - 35430000 - Ponte Nova - MG

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
2024/3619



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Dados da NFS-e

Natureza da Operação: Isento Nº RPS:	Código de Autenticidade: 663caaf3 Nº NFS-e: 2024/3619	Data de Emissão: 09/05/2024 07:52:35 Data Emissão RPS:
---	--	---

Dados do Prestador



Razão Social: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO  
Nome Fantasia: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO  
CNPJ: 26.150.979/0001-78 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal: 76006100  
Endereço: AVN Doutor José Grossi, 16, Não informado, Guarapiranga, Cep:35430213, PONTE NOVA - MG  
Telefone: (31) 3819-5000 E-mail: financeiro@gavazza.com.br  
Incentivador Cultural: Não Simples Nacional: Não optante Regime Especial: Nenhum

Dados do Tomador

Razão Social: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DA MICRO REGIAO DO VALE DO PIRANGA- CISAMAPI  
CNPJ: 01.095.667/0001-88 Insc. Estadual: Insc. Municipal:  
Endereço: AVENIDA ERNESTO TRIVELLATO, 120, TRIANGULO - CEP 35.430-141 - PONTE NOVA - MG  
E-mail: gerencia.adm@cisamapi.mg.gov.br

Discriminação dos Serviços

REFERENTE 04 PTERIGIO+AUTOTRANSPLANTE

Observações

Código/Serviço - Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza

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

Código CNAE 8610101	ISSQN Retido Não	Local Prestação dos Serviços 3152105 - PONTE NOVA - MG	Local de Incidência ISSQN 3152105 - PONTE NOVA - MG
------------------------	---------------------	---	--

Retenções Federais

PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IR R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	OUTRAS R\$ 0,00
-----------------	--------------------	------------------	----------------	------------------	--------------------

Valores da NFS-e

Valor Total dos Serviços R\$ 3.460,00	Deduções R\$ 0,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Desconto Condicionado R\$ 0,00	Base de Calculo R\$ 3.460,00
Alíquota 0,00	Valor do ISSQN R\$ 0,00	Valor Total R\$ 3.460,00	Valor Líquido R\$ 3.460,00	

Recebemos de FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO os serviços discriminados na nota fiscal eletrônica indicada ao lado.		NFS-e 2024/3619
Data de recebimento	Assinatura e Documento do recebedor	





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: C865-8C4A-A595-3ADC

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

- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 09/05/2024 14:29:16 (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/C865-8C4A-A595-3ADC>

**Resumo de Agendas por Município - Profissional Solicitante**

Agenda Intervalo 16/03/2024 00:00 e 15042024,

Situação Contém ATENDIDA,

::Estabelecimento igual a HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA FILHO,

Recurso Contém FM,

Atendimento Contém INICIAL,

::Procedimento Contém AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL OU RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL - PN ou TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO - EXERESE DE PTERIGIO - PN

Resumo de Agendas	Quantidade -	Valor
<b>BRUNA ASSIS CHAVES</b>	8	R\$3.460,00
<b>HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA FILHO</b>	8	R\$3.460,00
<b>AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL OU RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL - PN</b>	4	R\$1.660,00
<b>AMPARO DA SERRA</b>	1	R\$415,00
<b>PONTE NOVA</b>	1	R\$415,00
<b>URUCÂNIA</b>	2	R\$830,00
<b>TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO - EXERESE DE PTERIGIO - PN</b>	4	R\$1.800,00
<b>AMPARO DA SERRA</b>	1	R\$450,00
<b>PONTE NOVA</b>	1	R\$450,00
<b>URUCÂNIA</b>	2	R\$900,00
<b>Total</b>	8	R\$3.460,00

Quinta, 09 de Maio de 2024 - 13:31



Agenda Intervalo 16032024 e 15042024, Situação Contém ATENDIDA, Recurso Contém FM, Atendimento Contém INICIAL, ::Estabelecimento igual a 26150979000178 - HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA FILHO e ::Procedimento Contém 0405050364 - TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO - EXERESE DE PTERIGIO - PN ou 0405050216 - AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL OU RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL - PN

Resumo de Agendas por Profissional e Município

Resumo de Agendas	Quantidade	Valor
BRUNA ASSIS CHAVES	8	3.460,00
AMPARO DA SERRA	2	865,00
PONTE NOVA	2	865,00
URUCÂNIA	4	1.730,00
Total	8	3.460,00

Quinta, 09 de Maio de 2024 - 16:39





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 7B23-BC7A-5289-870E

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

- ✓ GRACIELE CRISTINA BARBOSA (CPF 110.XXX.XXX-44) em 09/05/2024 16:41:03 (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/7B23-BC7A-5289-870E>



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

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

Processo de Compra  
**000063/2022**

Ordem de Serviço / Compra  
**000416/2024**

Número do Empenho  
**000517/2024**

Ficha Orçamentária  
**00065**

Ordem de Fornecimento  
**000022/2024**

**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 15 dias após emissão da nota fiscal  
Prazo de Entrega .....: Durante a Vigência do Contrato  
Garantia .....:  
Assistência Técnica .....:

**Fornecedor .....: 000047 - FUND. FILANT. BENEF. SAÚDE A. GAVAZZA FILHO**  
Endereço .....: Avenida Dr.José Grossi,, 16 - Guarapiranga  
Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil - C.E.P : 35.430-000  
CNPJ .....: 26.150.979/0001-78 Inscrição Estadual ...:  
Telefone .....: Fax .....:  
Email .....:  
Conta p/ Pagamento.....: Banco .....

**VALOR DA CONFORMIDADE DE LIQUIDAÇÃO**

**3.460,00**

Valor.....: **R\$ 3.460,00 ( Tres Mil e Quatrocentos e Sessenta Reais )**

Ponte Nova-MG, 09 de Maio 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>	341 - ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Conta Destino:</b>	1481/00000021965-5
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>Nome do Destinatário:</b>	FUND FILANT BEFICENTE SAUDE A GAVAZZA FI
<b>CPF/CNPJ Destinatário:</b>	26.150.979/0001-78
<b>Valor:</b>	R\$ 3.460,00
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PG GAVAZZA
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	14/05/2024
<b>Data da Operação:</b>	14/05/2024
<b>Código da Operação:</b>	00131007
<b>Chave de Segurança:</b>	FW1EWGP93C3YSCLM

**Operação realizada com sucesso.**