



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA DE SANTA TEREZINHA - MT
 CNPJ: 15.031.669/0001-18
 Rua 25, Nº - Centro - CEP 78.650-000
 Telefone: (66)3558-1414
 prefeitura@santaterezinha.mt.gov.br

NOTA DE EMPENHO Nº.: 2311/2020

Tipo do Empenho: 2 - Global
Data de Contabilização: 31/08/2020
Competência: 08/2020

DESTINO DOS RECURSOS

Compl. ao Empenho:	0000000000	Licitação:	Sem Licitac.	Obra:	Adiantamento:	Não
Pré-Empenho:	0017222020	Contrato:			Subvenção Social:	
Processo:	0000000000	Convênio:			Dívida Fundada:	
Apenso:						

ORIGEM DOS RECURSOS

Recursos Orçamentários: Crédito Especial
 Dotação: 0362 - 05.002.10.122.0110.2081-3.3.90.39.00.00
 Órgão: 05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade Orçamentária: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 Função de Governo: 10 - SAUDE
 Subfunção de Governo: 122 - ADMINISTRACAO GERAL
 Programa: 0110 - COVID 19
 Projeto/Atividade (Ação): 2.081 - COVID-19 - LC 173, Art. 5. I - SAUDE
 Elemento de Despesa: 3.3.90.39 - OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS PESSOA JURIDICA
 Subelemento: 50 - SERVICOS MEDICOHOSPITALAR, ODONTOLOGICO E LABORATO
 Fonte de Recursos: 126076000 - Transferencia de recursos do Programa de Enfrentamento ao Coronavirus, instituido pela LC

FAVORECIDO

Credor: 816 - CLINMED DIAGNOSTICO EIRELI	CNPJ: 22.399.579/0001-40
Endereço: R TREZE DE MAIO, 159, nº - CENTRO	Insc. Estadual:
Cidade: Confresa	Insc. Municipal:
Nº. Banco:	Nº. Agência:
	Nº. Conta:
	Telefone: (66)3564-1420

Especificação da Despesa: AQUISICAO DA PRESTACAO DE SERVICIO EM PROCEDIMENTO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE TORAX EM PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19, PARA DIAGINOSTICO DE PATOLOGIA E CONDUTA DE TRATAMENTO ADEQUADO. SEQUE COPIA DE SOLICITACAO MEDICA ANEXA.

QUADRO DEMONSTRATIVO

Saldo Anterior da Dotação: 27.330,00 Valor Empenhado: 576,00 Saldo Atual da Dotação: 26.754,00
 Valor por extenso: QINHENTOS E SETENTA E SEIS REAIS*****

CONTABILIZAÇÃO DA DESPESA

A despesa foi empenhada pela importância de R\$ 576,00 conforme comprovantes.
 SANTA TEREZINHA - MT, 31 de agosto de 2020.

JUSAMY PEREIRA SILVA
 Empenhos

EUCLÉSIO JOSÉ FERRETTO
 Prefeito (a)

ALDINE BEQUIMAN MACIEL
 Contador (a)
 CRC - 14047/O-1



Prefeitura Municipal de Santa Terezinha

CNPJ: 15.031.669/0001-18 - Inscrição Estadual - Isento

Rua 25, SN - Centro - Santa Terezinha - MT

CEP 78.650-000 Fone/Fax - (066) 3558-1414

NAD - NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE DESPESA - REQUISIÇÃO

Autorização 566 / 2020	Data: 31/08/2020	Processo: 00000000/0	Pedido: 1410 / 2020	Pré Empenho: 17222020
------------------------	------------------	----------------------	---------------------	-----------------------

Fornecedor: CLINMED DIAGNOSTICO EIRELI	CPF / CNPJ: 22.399.579/0001-40
Endereço: R TREZE DE MAIO, 159,	Cidade: Confresa
Complemento:	Telefone: (066)3564-1420

Secretaria / Departamento / Lotação
05 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
00000002-HOSPITAL MUNICIPAL

Solicitante: MICHELE CURVO DOS ANJOS

Utilização: AQUISICAO DA PRESTACAO DE SERVICIO EM PROCEDIMENTO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE TORAX EM PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19, PARA DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA E CONDUTA DE TRATAMENTO ADEQUADO. SEQUE COPIA DE SOLICITACAO MEDICA ANEXA.

RECURSO ORÇAMENTÁRIO:
Elemento: 39 SubElemento:50

Ítem	Descrição:	Quant.	Unidade	Marca	Valor Unitário	Valor Total
30382	SERVICO DE EXAME- DO TIPO TOGRAFIA	1			R\$ 576,00	R\$ 576,00
Total do Subelemento:		1	Quantidade Total:	1	Desconto: R\$ 0,00	Valor Total: R\$ 576,00
Total da Dotação:		1	Quantidade Total:	1	Desconto: R\$ 0.00	Valor Total: R\$ 576,00
Total Geral:		1	Quantidade Total:	1	Desconto: R\$ 0,00	Valor Total: R\$ 576,00

Adm. Magno A. Gonçalves
Administrador
CRA/MT 87539

Departamento de Compras



ESTADO DE MATO GROSSO

PREFEITURA DE SANTA TEREZINHA - MT

CNPJ: 15.031.669/0001.18

Rua 25 - 0000000 - Centro

Telefone (066)3558-1414

prefeitura@santaterezinha.mt.gov.br

Nota de pré-empenho nº: 1722/2020

Data do pré-empenho: 31/08/2020

Status: Liberado

Processo:

Especificação: AQUISICAO DA PRESTACAO DE SERVICIO EM PROCEDIMENTO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE TORAX EM PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19, PARA DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA E CONDUITA DE TRATAMENTO ADEQUADO. SEQUE COPIA DE SOLICITACAO MEDICA ANEXA.

Credor: 816 - CLINMED DIAGNOSTICO EIRELI

CNPJ/CPF:22.399.579/0001.40

Endereço:R TREZE DE MAIO, 159

Nº:

Cidade: Confresa

UF: MT

CEP: 78.652.000

Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal:

Telefone: (066) 3564-1420

Fax:

Banco:

Agência:

Conta:

Dotacao:	362	- Enfrentamento do COVID 19 - FMAS
Orgão:	05	- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade:	002	- FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Função:	10	- SAUDE
Sub-função:	122	- ADMINISTRACAO GERAL
Programa:	0110	- COVID 19
Projeto/Atividade:	2081	- COVID-19 - LC 173, Art. 5. I - SAUDE
Natureza Despesa:	3390.39.00.00.00	- OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS PESSOA JURIDICA
Fonte de Recursos:	126076000	- Transferencia de recursos do Programa de Enfrentamento ao

Item/Descrição	Unidade	Quantidade	Valor unitário	Total com desc
303825 SERVIÇO DE EXAME- DO TIPO TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX S/ CONTRASTE		1,0000	R\$576,0000	R\$ 576,00

Valor total dos itens: R\$ 576,00

Saldo da dotação: R\$ 27.330,00 Valor reservado: R\$ 576,00

Saldo reservado: R\$ 1.152,00 Valor a reservar: R\$ 26.178,00

Valor total dos itens: R\$ 576,00

Valor a ser empenhado: R\$ 576,00

Valor por extenso: Quinhentos e setenta e seis Reais

Obs.:

Autorizo que sejam efetuadas as despesas acima relacionadas tendo o total de R\$ 576,00 valor este, utilizado para custeio do Pedido nº 001410/2020 utilizando-se dos comprovantes cabíveis.

SANTA TEREZINHA, 31 de agosto, de 2020

Adm. Magno A. Gonçalves
Administrador
CRA/MT 67539

HERANDES SILVA DE OLIVEIRA
Secretario(a) de Finanças



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA DE SANTA TEREZINHA - MT
C.N.P.J. : 15031669000118
Rua 25 - 00000000 - Centro
TELEFONE : 06635581414
prefeitura@santaterezinha.mt.gov.br

MAPA DE VALORES MÉDIOS EM COTAÇÃO DE PREÇOS - 01410/2020

Órgão: 05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Seq. Pedido	Item	Descrição do Item	Unidade de Medida	Quantidade	Valor Unitário	Valor Bruto	Valor de Desconto	Valor Líquido
1	303825	SERVICO DE DIAGNOSTICO EM IMAGENS E PRESTADORA DE S - CNPJ: 10.669.636/0001-84 CONTRASTE		1,0000	807,5000	807,5000	0,0000	807,5000

1	303825	SERVICO DE EXAME- DO TIPO TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX S/ CONTRASTE		1,0000	576,0000	576,0000	0,0000	576,0000
---	--------	---	--	--------	----------	----------	--------	----------

Órgão: 05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Seq. Pedido	Item	Descrição do Item	Unidade de Medida	Quantidade	Valor Unitário	Valor Bruto	Valor de Desconto	Valor Líquido
1	303825	SERVICO DE EXAME- DO TIPO TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX S/ CONTRASTE		1,0000	691,7500	691,7500	0,0000	691,7500

Órgão: 05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Seq. Pedido	Item	Descrição do Item	Unidade de Medida	Quantidade	Valor Unitário	Valor Bruto	Valor de Desconto	Valor Líquido
1	303825	SERVICO DE EXAME- DO TIPO TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX S/ CONTRASTE		1,0000	691,7500	691,7500	0,0000	691,7500

Pesquisa realizada entre os dias _____ à _____.
Tipo de realização da consulta: Impresso/Carimbado/Assinado.

Responsável pela Cotação: _____



PREFEITURA DE SANTA TEREZINHA - MT

Rua 25, 0, Centro, 78.650-000

Telefone: (066) 3558.1414, Fax: (00) .

E-mail: prefeitura@santaterezinha.mt.gov.br

CNPJ: 15.031.669/0001-18

PEDIDO 1410/2020

Exmo Sr.
Prefeito Municipal,
Prefeito Municipal EUCLESIO JOSE FERRETTO

Vimos por meio desta solcitar a Vossa Excelência, autorização para:

DESCRIÇÃO DO PEDIDO

AQUISICAO DA PRESTACAO DE SERVICO EM PROCEDIMENTO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE TORAX EM PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19, PARA DIAGINOSTICO DE PATOLOGIA E CONDUTA DE TRATAMENTO ADEQUADO. SEQUE COPIA DE SOLICITACAO MEDICA ANEXA.

SEQ.	ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	303825	SERVICO DE EXAME- DO TIPO TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX S/		1,00

TOTAL DA QUANTIDADE: 1,00

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos.
Atenciosamente.

Adm. Magno A. Gonçalves
Administrador
CPA/MT 67339

SECRETARIA
Responsável

Santa Terezinha, 08 de setembro de 2020



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA DE SANTA TEREZINHA - MT
C.N.P.J.: 15.031.669/0001-18

Rua 25
Centro
Fone: 06635581414
prefeitura@santaterezinha.mt.gov.br

Nº.: 0000000
CEP: 78650000
Fax: 00000000000

Data: 20/08/2020
Hora: 17:36:09
Pág: 001

Solicitação 1680/2020 - Deferida

Solicitada em 20/08/2020

Deferida em 20/08/2020

Requerente 5210 - MICHELE CURVO DOS ANJOS
Órgão: 05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Local 2 - HOSPITAL MUNICIPAL

Utilização **AQUISICAO DA PRESTACAO DE SERVICO EM PROCEDIMENTO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE TORAX EM PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19, PARA DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA E CONDUTA DE TRATAMENTO ADEQUADO. SEQUE COPIA DE SOLICITACAO MEDICA ANEXA.**

Dotação 0362 - 05.002.10.122.0110.2081.339039000000 - COVID-19 - LC 173, Art. 5. I - SAUDE Fontes de recurso: 0126076000 - Transferencia de recursos do Programa de Enfrentamento ao Coronavir

Seq	Item	Descrição	Unidade	Quantidade Solicitada	Valor Estimado	Valor Total	Quantidade Deferida
001	303825	SERVICO DE EXAME- DO TIPO TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX S/ CONTRASTE		1,0000	576,0000	576,0000	1,0000
Totais				1,0000	576,0000	576,0000	1,0000
Total Geral das Dotações						576,0000	

MICHELE CURVO DOS ANJOS

HERNANDES SILVA DE OLIVEIRA



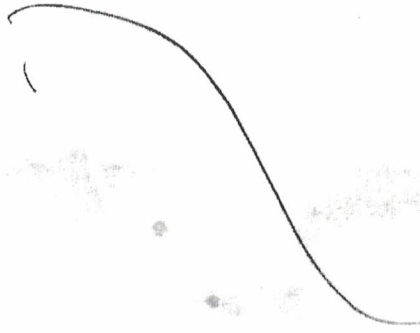
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DA SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO ARAGUAIA
CNPJ: 00.394.544/0038-77

RECEITUÁRIO

Nome Reginaldo Wakuri Tapirapé
Sexo: Masculino Feminino Aldeia: _____
Data Nasc: ____/____/____ Nome da Mãe: _____

Soluto

Tomografia de Tórax.



Data 20/07/20

Dra. Elisângela Peixoto
Prof. Mestranda em Ciências Para o Brasil
[Signature]

Carimbo e Assinatura

Av. Araguaia nº 148 - Centro - Fone: (66) 3522-1956 / 3522-1397 - Cep 78.670-000 - São Félix do Araguaia - MT

A Saúde é um Direito de Todos

Relatório de entrega dos exames

PACIENTE CONVENIO: REGINALDO WAKURI TAPIRAPE
NOME CLIENTE:

Retirada na recepção:

Laudo Chave de acesso Imagens

Assinatura *[Signature]* *[Signature]*

Envio por e-mail

Laudo Chave de acesso Imagens



CLINMED DIAGNOSTICO EIRELI

CNPJ : 22.399.579/0001-40
RUA 13 DE MAIO, 159 CENTRO CONFRESA-MT
FONE: (66) 3564-1420 CEL/ZAP (66) 98401-8965

Orçamento nº:
000.785
Data:
03/09/2020

CONVENIO: PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA TEREZINHA

Endereço: RUA DO COMERCIO , S/N, ***** - CENTRO - SANTA TEREZINHA - MT - 78650-000

Telefone: 66 98438-6093

Fax:

Email smsstz@hotmail.com

Código	Descrição	Quantidade	Valor unitário	ValorTotal
42	TC ABDOMEM TOTAL SEM CONTRASTE - .	1	850,00	850,00
53	TC DO TORAX SEM CONTRASTE -	1	576,00	576,00
41	TC ABDOMEM TOTAL COM CONTRASTE - .	1	980,00	980,00
000078	CONSULTA Dra LETICIA NEUROCIRURGIÃ -	1	350,00	350,00
63	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA -	1	250,00	250,00
55	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEM TOTAL -	1	250,00	250,00
000001	TC DE CRANIO (CRANIANA) COM CONTRASTE - .	1	664,00	664,00
000002	TC DE CRANIO (CRANIANA) SEM CONTRASTE -	1	480,00	480,00
40	TC ABDOMEM SUPERIOR SEM CONTRASTE - .	1	670,00	670,00
66	ULTRASSONOGRRAFIA RINS E VIAS URINARIAS -	1	200,00	200,00
46	TC COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE - .	1	488,00	488,00

Observações

Os preços apresentados nessa tabela consideram que todos os laudos são de urgência sendo emitidos em até 3 horas.

Estes valores são praticados no período de atendimento comercial da clínica, sendo o horário das 08:00 as 12:00 e das 14:00 as 18:00 de segunda a sexta feira, exceto feriados. Os atendimentos realizados fora do horário comercial são atendimentos em regime de plantão, logo todos os valores abaixo recebem um acréscimo de R\$ 80,00 a serem cobrados por exame.

Favor ligar nos telefone abaixo e agender seu exame

FONE: 35641420 CEL ZAP:(66) 98401-8965

Forma de Pagto:

Valor Total Exame: R\$ 5.758,00
Desconto: R\$ 0,00 -
Acrescimo: R\$ 0,00 +
Valor Total: R\$ 5.758,00





CENTRO DE DIAGNOSTICO EM IMAGENS E PRESTADORA DE SERVIÇOS LTDA
CNPJ: 10.669.636/0001-84

ORÇAMENTO

TOMADOR DOS SERVIÇOS: PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA TEREZINHA

CNPJ: 15.031.669/0001-18

DESCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNITARIO	QUANTIDADE	DESCONTO	VALOR DO SERVIÇO
TC DO ABDOME INFERIOR S/CONTRASTE	R\$ 950,00	1,000	15%	R\$ 807,00
TC DE CRANIO S/CONTRASTE	R\$ 700,00	1,000	15%	R\$ 595,00
TC DE ABDOME TOTAL COM CONTRASTE	R\$ 1.400,00	1,000	15%	R\$ 1.190,00
TC DE TÓRAX C/CONTRASTE	R\$ 950,00	1,000	15%	R\$ 807,50
TC DA BACIA C/CONTRASTE	R\$ 1.100,00	1,000	15%	R\$ 935,00
TC DO TÓRAX S/CONTRASTE	R\$ 850,00	1,000	15%	R\$ 722,00

KAROLINE FERREIRA SILVA

AUXILIAR FINANCEIRO

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONFRESA

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

Departamento de Tributação e Fiscalização

Número do RPS	Número da nota 202000000000289
Data da emissão da nota	15/09/2020 16:30:14
Data do fato gerador	15/09/2020 16:30:14
Código de verificação	MOABXSI62

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: CLINICA VIDA
 Nome/Razão social: CLINMED DIAGNOSTICO EIRELI
 CPF/CNPJ: 22.399.579/0001-40 Inscrição municipal: 2097
 Endereço: R 13 DE MAIO Número: 159 Bairro: CENTRO CEP: 78652-000
 Complemento:
 Município: Confresa UF: MT
 E-mail: clinicavidaconf@gmail.com Site:

Inscrição estadual:
 Telefone: (66) 3564-1420
 Celular: (66) 98406-0683

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: SANTA TEREZINHA GABINETE DO PREFEITO
 Nome/Razão social: MUNICIPIO DE SANTA TEREZINHA
 CPF/CNPJ: 15.031.669/0001-18 Inscrição municipal:
 Endereço: RUA 25 Número: SN Bairro: CENTRO CEP: 78650-000
 Complemento:
 Município: Santa Terezinha UF: MT
 E-mail: smsstz@hotmail.com Telefone:
 Celular: (66) 3558-1413

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
TC DO TORAX SEM CONTRASTE - 95033785168 SINARAH SOUSA LACERDA	576,0000	1,0000	576,0000	576,00x2,01 =	11,58

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	576,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 576,00		Valor líquido = R\$ 576,00			

Códigos dos serviços:

04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	576,00	11,58

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
 Situação tributária do ISSQN: Normal
 Local da prestação do serviço: Confresa

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 084/2012.
 Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.01%
 Situação desta NFS-e: Normal
 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 77,47 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 17,28 (3,00%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

...bemos e conteremos o(s) ass...
 ...stante(s) da presente Nota Fiscal e /
 ...
 Santa Terezinha - MT, 15/09/20
 Michele Luvo dos Anjos
 ASSINATURA

Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome	FUNDO M SAUDE - FMS
Agência	1843-0
Conta corrente	31815-9

Creditado

Nome	CLINMED DIAGNOSTICO EIREL
Agência	3989-6
Conta corrente	30890-0
Valor	576,00
Data	Nesta data

Assinada por	JB511934 ODIRLEY SILVA PEREIRA	16/09/2020 12:21:55
	JD828596 MICHELE CURVO DOS ANJOS	16/09/2020 12:23:06

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD828596 MICHELE CURVO DOS ANJOS.



ESTADO DE MATO GROSSO

PREFEITURA DE SANTA TEREZINHA - MT

CNPJ: 15031669000118

Rua 25 - 0000000 - Centro

Telefone 06635581414

prefeitura@santaterezinha.mt.gov.br

ORDEM DE PAGAMENTO Nº 2940

Data do Pagamento: 16/09/2020

Ref. Processo Nº: 0/0000

Ref. Apenso Nº:

Ref. Empenho Nº: 2311/2020

Tipo: Global

Data do Empenho: 31/08/2020

ORIGEM DOS RECURSOS

Dotação: 362 - 05.002.10.122.0110.2081-3.3.90.39.00.00
Órgão: 05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade Orçamentária: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Função do Governo: 10 - SAUDE
Subfunção do Governo: 122 - ADMINISTRACAO GERAL
Programa: 0110 - COVID 19
Projeto/Atividade(Ação): 2081 - COVID-19 - LC 173, Art. 5. I - SAUDE
Elemento de Despesa: 339039000000 - OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS PESSOA JURIDICA
Subelemento: 50 - SERVICOS MEDICOHOSPITALAR, ODONTOLOGICO E LABORATO
Fonte de recurso: 0.1.26.076000 - Transferencia de recursos do Programa de Enfrentamento ao Coronavirus, instituido pela LC n.

QUADRO DEMONSTRATIVO

Valor do Empenho:	576,00
Saldo Anterior:	576,00
O.P. 001 Parcela:	576,00
Saldo a Pagar:	0,00

Pague-se a CLINMED DIAGNOSTICO EIRELI

Cód: 816

CPF/CNPJ: 22.399.579/0001-40

Banco:

Agência:

Conta:

à quantia de: QUINHENTOS E SETENTA E SEIS REAIS

Proveniente de: AQUISICAO DA PRESTACAO DE SERVICO EM PROCEDIMENTO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE TORAX EM PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19, PARA DIAGINOSTICO DE PATOLOGIA E CONDUTA DE TRATAMENTO ADEQUADO. SEQUE COPIA DE SOLICITACAO MEDICA ANEXA.

Despesa paga com recurso da(s) conta(s):

Cód.	Banco	Descrição	Nº Conta	Cheque/Doc	Valor
272	001	BB - STA. TEREZINHA LC 173 - FMS	31815-9	31815	576,00
					576,00

Recebi(emos) a importância acima mencionada constante da ordem supra, da qual passo(amos) a presente quitação.

Credor: _____

SANTA TEREZINHA - MT, 16 de Setembro de 2020.

RG/DOC: _____


ODIRLEY SILVA PEREIRA
Tesoureiro (a)

MICHELE CURVO DOS ANJOS
Secretário (a)