



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA DE SANTA TEREZINHA - MT
 CNPJ: 15.031.669/0001-18
 Rua 25 , N° - Centro - CEP 78.650-000
 Telefone: (66)3558-1414
 prefeitura@santaterezinha.mt.gov.br

NOTA DE EMPENHO Nº.: 2341/2020

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:	0017512020	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 Coronavírus, instituído 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 ABDOMEM TOTAL EM PACIENTE COVID-19, PARA AVALIACAO E TRATAMENTO ADEQUADO. SEQUE COPIA DE SOLICITACAO MEDICA ANEXA.

QUADRO DEMONSTRATIVO

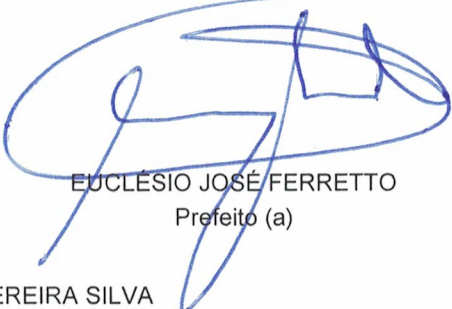
Saldo Anterior da Dotação: 25.602,00 **Valor Empenhado:** 980,00 Saldo Atual da Dotação: 24.622,00

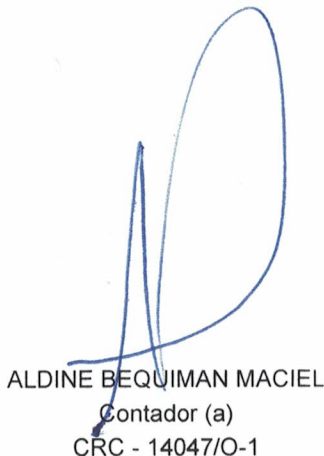
Valor por extenso: NOVECENTOS E OITENTA REAIS*****

CONTABILIZAÇÃO DA DESPESA

A despesa foi empenhada pela importância de R\$ 980,00 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

Usuário Emissor: JUSAMY - JUSAMY PEREIRA SILVA



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

Requisição - 583/2020

Nota de pré-empenho nº: 1751/2020

Data do pré-empenho: 31/08/2020

Status: Liberado

Processo:

Especificação: AQUISICAO DA PRESTACAO DE SERVICO EM PROCEDIMENTO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE ABDOMEM TOTAL EM PACIENTE COVID-19, PARA AVALIACAO E 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
303827 SERVIÇO DE EXAME- DO TIPO TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL C/ CONTRASTE		1,0000	R\$980,0000	R\$ 980,00

Valor total dos itens: R\$ 980,00

Saldo da dotação: R\$ 25.602,00

Valor reservado: R\$ 980,00

Saldo reservado: R\$ 1.556,00

Valor a reservar: R\$ 24.046,00

Valor total dos itens: R\$ 980,00

Valor a ser empenhado: R\$ 980,00

Valor por extenso: Novecentos e oitenta Reais

Obs.:

Autorizo que sejam efetuadas as despesas acima relacionadas tendo o total de R\$ 980,00 valor este, utilizado para custeio do Pedido nº 001436/2020 utilizando-se dos comprovantes cabíveis.

SANTA TEREZINHA, 31 de agosto, de 2020

HERANDES SILVA DE OLIVEIRA
Secretario(a) de Financas



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: 26/08/2020
Hora: 10:13:31
Pág: 001

Solicitação 1714/2020 - Deferida

Solicitada em 26/08/2020

Deferida em 26/08/2020

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 ABDOMEM TOTAL EM PACIENTE COVID-19, PARA AVALIACAO E 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 CoronavirGov

Seq	Item	Descrição	Unidade	Quantidade Solicitada	Valor Estimado	Valor Total	Quantidade Deferida
001	303827	SERVICO DE EXAME- DO TIPO TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL C/ CONTRASTE		1,0000	980,0000	980,0000	1,00
Totals				1,0000		980,0000	1,00
Total Geral das Dotações						980,0000	

MICHELE CURVO DOS ANJOS

HERNANDES SILVA DE OLIVEIRA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE Leonardo de Aguiar Coelho 4 - CPF _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO _____ 7 - SEXO Masc. Fem. 8 - RAÇA/COR _____

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____ DDD _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____ DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) _____ 14 - CAR. ATEND. _____

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 17 - UF _____ 18 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 20 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL TC de abdome com contato 21 - QTDE. _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	24 - QTDE.
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	27 - QTDE.
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	30 - QTDE.
31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	33 - QTDE.
34 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	36 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

37 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Neoplásia a direita 38 - CID10 PRINCIPAL _____ 39 - CID10 SECUNDÁRIO _____ 40 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

41 - OBSERVAÇÕES Paciente com cisto bursal a direita.

SOLICITAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Luiz Domingos Junior 43 - DATA DA SOLICITAÇÃO 13/08/20 44 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO) _____

45 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF 03440653130 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____ 48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____ 53 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

49 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 54 PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

55 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 56 - CNES _____



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.

Forma de Pagto:

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

Favor ligar nos telefone abaixo e agender seu exame

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





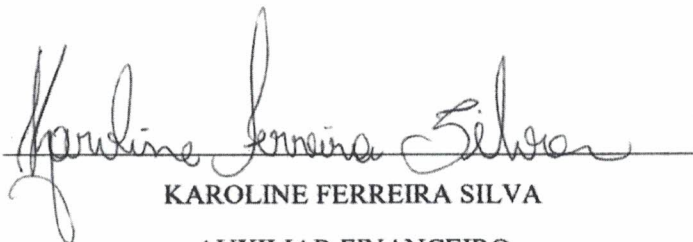
CENTRO DE DIAGNOSTICO EM IMAGENS E PRESTADORA DE SERVIÇOS LTDA
CNPJ: 10.669.636/0001-84

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
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME TOTAL COM CONTRASTE	R\$ 1.200,00	1,000	R\$ 180,00	R\$ 1.020,00


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 202000000000293
Data da emissão da nota	15/09/2020 16:37:43
Data do fato gerador	15/09/2020 16:37:43
Código de verificação	SRQU279XI

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 DE ABDOME TOTAL COM CONTRASTE - 00304889156 DEUSENI REIS PEREIRA	980,0000	1,0000	980,0000	980,00x2,01 =	19,70

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	980,00								

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\$ 980,00		Valor líquido = R\$ 980,00			

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	980,00	19,70

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\$ 131,81 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 29,40 (3,00%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

Recebemos e conferimos o(s) material(is) constante(s) da presente Nota Fiscal e
 Santa Terezinha - MT, 15/09/2020
 Michele Luvo dos Anjos
 ASSINATURA

Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome	MT 510777 FMS CUSTEIO SUS
Agência	1843-0
Conta corrente	29744-5

Creditado

Nome	CLINMED DIAGNOSTICO EIREL	
Agência	3989-6	
Conta corrente	30890-0	
Valor	980,00	
Data	Nesta data	
Assinada por	JB511934 ODIRLEY SILVA PEREIRA	24/09/2020 09:53:59
	JD828596 MICHELE CURVO DOS ANJOS	24/09/2020 09:57:31

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 3000

Data do Pagamento: 24/09/2020

Ref. Processo Nº: 0/0000

Ref. Apenso Nº:

Ref. Empenho Nº: 2341/2020

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:	980,00
Saldo Anterior:	980,00
O.P. 001 Parcela:	980,00
Saldo a Pagar:	0,00

Pague-se a CLINMED DIAGNOSTICO EIRELI

CPF/CNPJ: 22.399.579/0001-40

Banco:

Agência:

Cód: 816

Conta:

à quantia de: NOVECENTOS E OITENTA REAIS

Proveniente de: AQUISICAO DA PRESTACAO DE SERVICO EM PROCEDIMENTO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE ABDOMEM TOTAL EM PACIENTE COVID-19, PARA AVALIACAO E TRATAMENTO ADEQUADO. SEQUE COPIA DE SOLICITACAO MEDICA ANEXA.

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

Cód.	Banco	Descrição	Nº Conta	Cheque/Doc	Valor
204	001	BCO DO BRASIL 29744-5 - FMS CUSTEIO	29744-5	29744	980,00
					980,00

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

SANTA TEREZINHA - MT 24 de Setembro de 2020.

Credor: _____

RG/DOC: _____

ODIRLEY SILVA PEREIRA
Tesoureiro (a)

MICHELE CURVO DOS ANJOS
Secretario (a)