



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

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

NOTA DE EMPENHO Nº.: 2347/2020

DESTINO DOS RECURSOS

Compl. ao Empenho:	0000000000	Licitação:	Sem Licitac.	Obra:	Adiantamento:	Não
Pré-Empenho:	0017622020	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:	Telefone: (66)3564-1420
Nº. Agência:	Nº. Conta:

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


QUADRO DEMONSTRATIVO

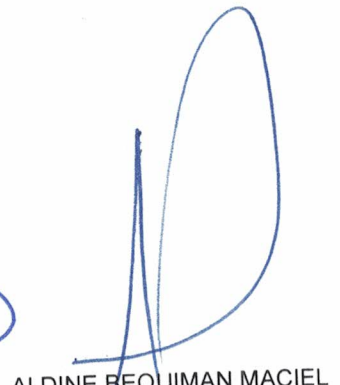
Saldo Anterior da Dotação:	21.742,00	Valor Empenhado:	656,00	Saldo Atual da Dotação:	21.086,00
Valor por extenso:	SEISCENTOS E CINQUENTA E SEIS REAIS*****				

CONTABILIZAÇÃO DA DESPESA

A despesa foi empenhada pela importância de R\$ 656,00 conforme comprovantes.
 SANTA TEREZINHA - MT, 31 de agosto de 2020.


JUSAMY PEREIRA SILVA
 Empenhos


FUCLÉSIO JOSÉ FERRETTO
 Prefeito (a)


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

Usuário Emissor: JUSAMY - JUSAMY PEREIRA SILVA



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 591 / 2020	Data: 31/08/2020	Processo: 00000000/0	Pedido: 1445 / 2020	Pré Empenho: 17622020
------------------------	------------------	----------------------	---------------------	-----------------------

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 PA
CIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19, PARA DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA E CONDUTADE 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\$ 656,00	R\$ 656,00
Total do Subelemento:		1	Quantidade Total:	Desconto: R\$ 0,00	Valor Total:	R\$ 656,00
Total da Dotação:		1	Quantidade Total:	Desconto: R\$ 0.00	Valor Total:	R\$ 656,00
Total Geral:		1	Quantidade Total:	Desconto: R\$ 0,00	Valor Total:	R\$ 656,00

Departamento de Compras

Emitido Por: MARIA

Emitida em: 31/08/2020



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: 1762/2020

Status: Liberado

Processo:

Especificação: AQUISICAO DA PRESTACAO DE SERVICIO EM PROCEDIMENTO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE TORAX PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19, PARA DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA E CONDUTA 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\$656,0000	R\$ 656,00

Valor total dos itens: R\$ 656,00

Saldo da dotação: R\$ 25.602,00 Valor reservado: R\$ 656,00

Saldo reservado: R\$ 5.668,00 Valor a reservar: R\$ 19.934,00

Valor total dos itens: R\$ 656,00

Valor a ser empenhado: R\$ 656,00

Valor por extenso: Seiscentos e cinquenta e seis Reais

Obs.:

Autorizo que sejam efetuadas as despesas acima relacionadas tendo o total de R\$ 656,00 valor este, utilizado para custeio do Pedido nº 001445/2020 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: 16:46:02
Pág: 001

Solicitação 1708/2020 - 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 SERVICIO EM PROCEDIMENTO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE TORAX
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	656,0000	656,0000	1,0000
Totais				1,0000		656,0000	1,0000
Total Geral das Dotações						656,0000	

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

Antônio Pires Coronheiro

4 - CPF

01316591601917

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7104010812515791623

6 - DATA DE NASCIMENTO

15/07/1935

Masc.

Fem.

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

Maria dos Anjos Mendes Coronheiro

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Avenida Padre Francisco Jentel S/N

14 - CAR. ATEND.

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Terezinha - Mato Grosso

16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

MT 7161510000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TC de crânio

21 - QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

TC de Torax

24 - QTDE.

01

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

38 - CID10 PRINCIPAL

39 - CID10 SECUNDÁRIO

40 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

41 - OBSERVAÇÕES

Idoso sofre queda da própria altura, nega queixas súbitas e desmioladas. Apresenta cianose pela manha após fômites, náuseas e vômitos. Paciente HAS, cardiopata e DM. Necessita de TC para melhor avaliação.

SOLICITAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Kenneth Anderson Alves Sousa

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/08/2020

44 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Kenneth Anderson A. Sousa
MÉDICO
CRM-GO 25.607

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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 n°:
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: 78650-000

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	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA -	1	250,00	250,00
55	ULTRASSONOGRAMA 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	ULTRASSONOGRAMA 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.

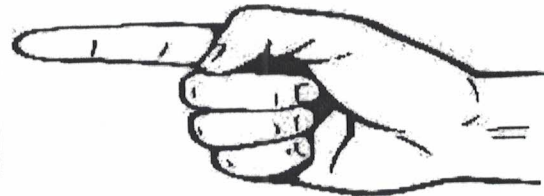
Estes valores são praticados no período de atendimento comercial da clínica, sendo o horário das 08:00 as 12:00 e das 14:00 as 18:00 de segunda a sexta feira, exceto feriados. Os atendimentos realizados fora do horário comercial são atendimentos em regime de plantão, logo todos os valores abaixo recebem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

Favor ligar nos telefone abaixo e agendar 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 202000000000288
Data da emissão da nota	15/09/2020 16:28:31
Data do fato gerador	15/09/2020 16:28:31
Código de verificação	RCKBWGHOD

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 + PLANTÃO - 013.65968197 ANTONIO PIRES CORONHEIRO	656,0000	1,0000	656,0000	656,00x2,01 =	13,19

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	656,00				

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\$ 656,00		Valor líquido = R\$ 656,00			

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	656,00	13,19

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\$ 88,23 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 19,68 (3,00%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

Assinamos e conferimos o(s) materia...
 (s) da presente Nota Fiscal e /
 Santa Terezinha - MT, 15/09/2020
Michele Kurvo 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	656,00
Data	Nesta data

Assinada por	JB511934 ODIRLEY SILVA PEREIRA	24/09/2020 09:54:18
	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 3001

Data do Pagamento: 24/09/2020
Ref. Processo Nº: 0/0000
Ref. Apenso Nº:

Ref. Empenho Nº: 2347/2020 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:	656,00
Saldo Anterior:	656,00
O.P. 001 Parcela:	656,00
Saldo a Pagar:	0,00

Paque-se a CLINMED DIAGNOSTICO EIRELI

CPF/CNPJ: 22.399.579/0001-40

Banco:

Agência:

Cód: 816

Conta:

à quantia de: SEISCENTOS E CINQUENTA E SEIS REAIS

Proveniente de: AQUISICAO DA PRESTACAO DE SERVICIO EM PROCEDIMENTO DE EXAME DE TOMOGRAFIA DE TORAX 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
204	001	BCO DO BRASIL 29744-5 - FMS CUSTEIO	29744-5	29744	656,00
					656,00

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

Credor: _____

SANTA TEREZINHA - MT, 24 de Setembro de 2020.

RG/DOC: _____

ODIRLEY SILVA PEREIRA
Tesoureiro (a)

MICHELE CURVO DOS ANJOS
Secretario (a)