

**Ofício nº292 SMS/SS/2025**

Confresa-MT, 21 de outubro de 2025

**Da:** Secretaria Municipal de Saúde – Confresa/MT

**Para:** Secretaria Municipal de Finanças

A/C Marina Freire da Cunha

Prezada Senhora,

Cumprimentamos Vossa Senhoria e na oportunidade encaminhamos:

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE COMPRAS**

<b>1. DADOS DO REQUISITANTE</b>							
<b>Nome: Taise Oliveira Silva Ribeiro</b>							
<b>Sector/Coord.: Secretaria de Saúde</b>							
<b>E-mail: servicosocial@saude.confresa.mt.gov.br</b>							
<b>2 – JUSTIFICATIVA</b>							
A Administração Municipal por meio da Secretaria Municipal de Saúde, vem solicitar aquisição de passagens para pacientes com agendamentos em Cuiabá MT . Solicitação com base, ” na Resolução nº 005 de 11/03/2005, que Dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio – TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único do SUS/MT”.							
<b>CONTRATO Nº117/2025</b>							
<b>EMPRESA SPE TARUMA TRANSPORTES LTDA CNPJ: 59.665.241/0001-00</b>							
ITEM	CÓD	QUAN	UND	DESCRIÇÃO TRAJETO	MARCA	VALOR UNIT	
01	28092		Und	Confresa a Barra do Garças	-		
02	12589		Und	Barra do Garças a Confresa	-		
03	28096	09	Und	Confresa a Cuiabá	-	270,65	2.435,85
04	28096	09	Und	Cuiabá a Confresa	-	271,94	2.447,46
					-		4.883,31
<b>3 – DOTAÇÕES</b>							
ORGÃO: 06 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE							
UND: 001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE							
AÇÃO: 0000 - MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM A GESTÃO EM SAÚDE							
FICHA: 136- APLICAÇÕES DIRETAS							
FONTE: 1.500.1002-001							
MODALIDADE: 3.3.90.00.00							



DADOS DO PACIENTE				
<b>NOME:</b> Ana Cleia Pereira Gomes Santos		<b>Especialidade:</b> Ortopedia		
<b>CPF:</b>	007.432.711-90	<b>DESTINO</b>	CONFRESA A CUIABÁ	<b>IDA E VOLTA</b>
DADOS DO ACOMPANHANTE				
<b>NOME:</b> Mauricio Alves Santos				
<b>CPF:</b>	557.507.881-72	<b>DESTINO</b>	CONFRESA A CUIABÁ	<b>IDA E VOLTA</b>

DADOS DO PACIENTE				
<b>NOME:</b> Leonardo Inacio da Silva Matheus		<b>Especialidade:</b> Neuro		
<b>CPF:</b>	060.212.741-64	<b>DESTINO</b>	CONFRESA A CUIABÁ	<b>IDA E VOLTA</b>
DADOS DO ACOMPANHANTE				
<b>NOME:</b> Patricia Inacio da Silva Matheus				
<b>CPF:</b>	284.753.438-56	<b>DESTINO</b>	CONFRESA A CUIABÁ	<b>IDA E VOLTA</b>

DADOS DO PACIENTE				
<b>NOME:</b> Aron Gabriel de Oliveira		<b>Especialidade:</b> Cardiologia Pediatrica		
<b>CPF:</b>	115.731.911-40	<b>DESTINO</b>	CONFRESA A CUIABÁ	<b>IDA E VOLTA</b>
DADOS DO ACOMPANHANTE				
<b>NOME:</b> Rosimeire Pereira de Oliveira				
<b>CPF:</b>	006.585.761-51	<b>DESTINO</b>	CONFRESA A CUIABÁ	<b>IDA E VOLTA</b>

DADOS DO PACIENTE				
<b>NOME:</b> Gerffeson Moreira Batista		<b>Especialidade:</b> RM		
<b>CPF:</b>	524.972.402-72	<b>DESTINO</b>	CONFRESA A CUIABÁ	<b>IDA E VOLTA</b>
DADOS DO PACIENTE				
<b>NOME:</b> Emival Alves Cavalcante		<b>Especialidade:</b> Densitometria		
<b>CPF:</b>	428.012.731-04	<b>DESTINO</b>	CONFRESA A CUIABÁ	<b>IDA E VOLTA</b>



<b>DADOS DO PACIENTE</b>				
<b>NOME:</b> Rosely Soares Guimarães da Silva		<b>Especialidade:</b> RM		
<b>CPF:</b>	036.974.691-00	<b>DESTINO</b>	CONFRESA A CUIABÁ	<b>IDA E VOLTA</b>
<b>DADOS DO PACIENTE</b>				
<b>NOME:</b>		<b>Especialidade:</b>		
<b>CPF:</b>		<b>DESTINO</b>	CONFRESA A CUIABÁ	

**Taisse Oliveira Silva Ribeiro**  
**Secretária Municipal de Saúde**  
**Portaria 010/2025**





GOVERNO DE  
**CONFRESA**  
A TRANSFORMAÇÃO QUE VOCÊ ESPERA!



SOLICITAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO

CONFRESA

**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**

**PACIENTE: ANA CLEIA PEREIRA GOMES SANTOS**  
**CNS : 704801567967647      SEXO: FEMININO**

**DATA DE NASCIMENTO : 14/07/1977**

**DADOS DO AGENDAMENTO**

**ESPECIALISTA: ORTOPEDISTA**  
**PROFISSIONAL: ANDRE LUIZ ALVARES LOURENCO**  
**DATA:27/10/2025      HORA:12:00**

**AGENDAMENTO REALIZADO POR TELEFONE**

**GRATA, COORDENADORA DA REGULAÇÃO**

**14/10/2025**

**Josiane F. Oliveira**  
Central de Regulação  
**COORDENADORA**  
PORTARIA 125/2025



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**ESTADO DE MATO GROSSO**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA

NOME ANA CLEIA PEREIRA GOMES SANTOS



FILIAÇÃO  
MANOEL GOMES DA COSTA  
NAZARÉ PEREIRA GOMES

DATA NASCIMENTO 14/07/1977  
NATALIDADE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO  
TIPO/FATOR RH [REDACTED] ORGÃO EXPEDIDOR SSP/MT  
OBSERVAÇÃO [REDACTED]

*Ana Cleia Pereira G. Santos*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 007.432.711-90 DNI [REDACTED]  
REGISTRO GERAL 1759657-2 - 2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 05/10/2022  
REGISTRO CIVIL ANA CLEIA PEREIRA GOMES SANTOS  
C.CASAM.3610 LIV.17 FLS.10 CONFRESA-MT

T. ELEITOR [REDACTED] CTPS [REDACTED] SÉRIE [REDACTED] UF [REDACTED]  
NIS/ PIS / PASEP [REDACTED] IDENTIDADE PROFISSIONAL [REDACTED]  
CERT. MILITAR [REDACTED]  
CNH [REDACTED] CNS [REDACTED]

Polegar direito



*Angela*  
Angela Quatti Nogarol  
Diretora do Instituto de Identificação  
ASSINATURA DO DIRETOR

P 091

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

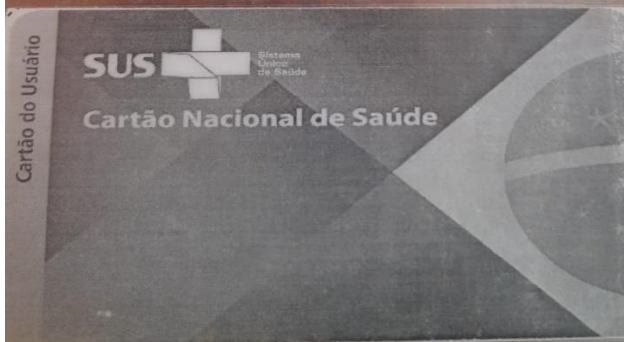
Número  
**007.432.711-90**

Nome  
**ANA CLEIA PEREIRA GOMES SANTOS**

Nascimento  
**14/07/1977**



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701

## PARECER SOCIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

**Nome:** Ana Cleia Pereira Gomes Santos

**Data de nascimento:** 14/07/1977

**Sexo:** Feminino

**Filiação:** Nazare Pereira Gomes

**Endereço:** Rua Santos Dumont s/n Confresa-MT

**Assistente Social:** Luciene Ferreira Vilela CRESS: 3603 20ª Região MT

**Exposição de motivo:** O Presente parecer trata-se de um atendimento realizado por este serviço à senhora Ana Cleia, que solicita a possível viabilização de passagens para tratamento fora de domicílio TFD.


**Parecer Técnico:** Por meio de entrevista a senhora Ana Cleia relatou que esta em tratamento especializado encaminhada para nossa referencia com agendamento na especialidade (**Ortopedia**) dia 27/10/2025, mas, no momento a família não tem condições financeiras para arcar com as despesas e solicita junto a Secretaria Municipal de Saúde quatro passagens sendo duas idas e dois retornos de Confresa/ Cuiabá MT. A paciente necessita de acompanhante devido dificuldade de locomoção.

**Diante do exposto**, considerando que a paciente necessita de tratamento especializado, considera-se parecer favorável à possível aquisição das passagens, em conformidade com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993.

“Capítulo IV, Sessão II (Dos benefícios eventuais), § Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública”.

“E na Lei Municipal nº 210 de 20/06/2005, que autoriza o Executivo Municipal de Confresa-Mt a fazer doações na forma direta em que menciona de atendimento direto ao público, nas áreas de Assistência Social, Médica, Educação e outras”.

“E na Resolução nº 005 de 11/03/2005, que Dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio – TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único do SUS/MT”.

  
Luciene Ferreira Vilela  
Assistente Social



28/10/25

07:00

Clínica Integrada UNIVAG

**UNIVAG**

RECEITUÁRIO

Para mapção UNIVAG

Favor apendar retorno para Leonardo  
Lirado da Silva Mathews para 3 meses.

\* Serviço encaxe

\* ciência da idade.

Dra. Wandis Goussan  
Neurologia Infantil  
CRM/MT 6443

15.07.2025

Av. Dom Orlando Chaves 2655 - CEP 78118-000 Fone (65) 3688-6130  
Várzea Grande - MT





Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2731600-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/11/2012

NOME PATRICIA INACIO DA SILVA MATHEUS

FILIAÇÃO SEBASTIÃO INACIO DA SILVA

TEREZA INACIO DA SILVA

NATURALIDADE JUNQUEIROPOLIS-SP DATA DE NASCIMENTO 17/04/1977

DOC. ORIGEM C. CASM. LIV. 809 FLS. 160

TERM 1694

IRAPURU SP

CPF 284753438-56

ASSINATURA DO DIRETOR 029

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2971877-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/07/2015

NOME LEONARDO INACIO DA SILVA MATHEUS

FILIAÇÃO JOSE ANTONIO MATHEUS  
PATRICIA INACIO DA SILVA MATHEUS

NATURALIDADE PRESIDENTE PRUDENTE-SP DATA DE NASCIMENTO 23/12/2003

DOC. ORIGEM C. NASC. TERM. 03830 LIV. 12A FLS. 48

IRAPURU-SP

CPF 060.212.741-64

ASSINATURA DO DIRETOR 002

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



## PARECER SOCIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

**Nome:** Leonardo Inacio da Silva Matheus

**Data de nascimento:** 23/12/2003

**Filiação:** Patricia Inacio da Silva

**Sexo:** Masculino

**Assistente Social:** Luciene Ferreira Vilela CRESS: 3603 20ª Região MT

**Exposição de motivo:** O Presente parecer trata-se de um atendimento realizado por este serviço a senhora Patricia, que solicita a possível viabilização de passagens para tratamento fora de domicilio TFD.

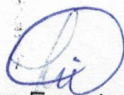
**Parecer Técnico:** Em entrevista com a senhora Patricia a mesma relatou que seu filho Leonardo Inacio está em tratamento na especialidade **Neurologia Infantil**, com agendamento de retorno para o dia 28/10/2025, mas no momento a família não esta em condições financeiras para arcar com as despesas da viagem e solicita junto a Secretaria Municipal de Saúde quatro passagens sendo duas idas e dois retonos de Confresa/Cuiaba.

Diante do exposto, considerando que o paciente necessita de tratamento especializado, considera-se parecer favorável à possível aquisição das passagens, em conformidade com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993.

“Capítulo IV, Sessão II (Dos benefícios eventuais), § Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública”.

“E na Lei Municipal nº 210 de 20/06/2005, que autoriza o Executivo Municipal de Confresa-Mt a fazer doações na forma direta em que menciona de atendimento direto ao público, nas áreas de Assistência Social, Médica, Educação e outras”.

“E na Resolução nº 005 de 11/03/2005, que Dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio – TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único do SUS/MT”.



Luciene Ferreira Vilela  
Assistente Social



**AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS**

Chave de Confirmação:

**24490****UNIDADE SOLICITANTE**

<b>Nome:</b>	<b>Cod. CNES:</b>	<b>Op. Solicitante:</b>	<b>Op. Autorizador:</b>	<b>Op. Videofonista:</b>
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER EBSERH	2655411	043JAQUELINE-SOL	043JAQUELINE-SOL	

**UNIDADE EXECUTANTE**

<b>Nome:</b>	<b>Cod. CNES:</b>	<b>Número:</b>	<b>Complemento:</b>	<b>Bairro:</b>
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER EBSERH	2655411	S/N		JARDIM ALVORADA
<b>Endereço:</b>	<b>S/N</b>	<b>CEP:</b>	<b>Município:</b>	
LUIS PHILIPPE PEREIRA LEITE		78048-602	CUIABA - MT	
<b>Telefone:</b>	<b>Profissional Executante:</b>	<b>Data e Horário de Atendimento:</b>		
65 36157260	ALESSANDRO GONCALVES DA SILVA	<b>TER • 28/10/2025 • 13:00hrs</b>		

**DADOS DO PACIENTE**

<b>CNS:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Nome Social / Apelido:</b>	
706703559464010	ARON GABRIEL DE OLIVEIRA		
<b>Nome da Mãe:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Data Nascimento:</b>	
ROSIMEIRE PEREIRA DE OLIVEIRA	MASCULINO	28/04/2022	
<b>Tipo Sanguíneo:</b>	<b>Raça:</b>	<b>Idade:</b>	
---	PARDA	3 anos	
<b>Nacionalidade:</b>	<b>Naturalidade:</b>		
BRASILEIRA	CONFRESA - MT		
<b>Tipo de Logradouro:</b>	<b>Nome do Logradouro:</b>	<b>Número:</b>	<b>Complemento:</b>
CHACARA	JUDAICA	S/N	CASA
<b>Bairro:</b>	<b>Município de Residência:</b>	<b>CEP:</b>	
RURAL	CONFRESA - MT	78652-000	
<b>Telefone(s):</b>			
(66) 98437-7918 (Exibir Lista Detalhada)			

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

<b>Código da Solicitação:</b>	<b>Data de Solicitação:</b>	<b>Data de Aprovação:</b>	<b>Vaga Solicitada:</b>	<b>Vaga Consumida:</b>
<b>628131054</b>	02/10/2025	02/10/2025	1ª Vez	1ª Vez
<b>CPF Profissional Solicitante:</b>	<b>Profissional Solicitante:</b>	<b>CID:</b>	<b>Classificação de Risco:</b>	
940.379.491-72	ADRIANA YUKI CAVALCANTI MELLO	Q90	AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO	
<b>Diagnóstico Inicial:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Cod. Unificado:</b>	<b>Cod. Interno:</b>	
SINDROME DE DOWN	ARON GABRIEL DE OLIVEIRA	0301010072	0701240	
<b>Procedimentos Autorizados:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Data Nascimento:</b>		
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - PEDIATRIA	MASCULINO	28/04/2022		

**PREPARO PARA O PROCEDIMENTO**

0301010072 - CONSULTA EM CARDIOLOGIA - PEDIATRIA

**AS DATAS DAS CONSULTAS S&ATILDE;O REAIS.&NBSP;N&ATILDE;O REMARCAREMOS&NBSP;A CONSULTA CASO O PACIENTE N&ATILDE;O, COMPARE&CCEDIL;A.**

**PARA REALIZA&CCEDIL;&ATILDE;O DA CONSULTA &Aacute;UTE; OBRIGAT&Oacute;UTE;RIO APRESENTAR:**

- DOCUMENTOS PESSOAIS (ORIGINAL E COM FOTO);
- CART&ATILDE;O SUS (CNS);
- COMPROVANTE DE ENDERE&CCEDIL;O.

&amp;NBSP;

**\* OS ATENDIMENTOS S&ATILDE;O POR ORDEM DE CHEGADA.**



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
GOVERNO FEDERAL

Estado de Mato Grosso  
Secretaria de Segurança Pública

Nome / Name  
**ARON GABRIEL DE OLIVEIRA**

Nome Social / Social Name

Registro Geral - CPF / Personal Number  
**115.731.911-40**

Data de Nascimento / Date of Birth  
**28/04/2022**

Naturalidade / Place of Birth  
**CONFRESA/MT**

Sexo / Sex  
**M**

Nacionalidade / Nationality  
**BRA**

Validade / Expiry  
**05/07/2028**

Filiação / Filiation  
**VENERICE GABRIEL DE SOUSA  
ROSIMERE PEREIRA DE SOUSA**

Orgão Expedidor / Card Issuer  
**POLITEC-INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO  
DR. AROLDO MENDES DE PAIVA**

Local / Place of Issue  
**CUIABA**

Emissão / Issue  
**05/07/2023**

*Anagard*  
Assinatura do Expedidor / Card Issuer Signature  
Angela Quati Nogueira Telesira  
Diretora do Instituto de Identificação

THOMAS GREG

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
GOVERNO FEDERAL

Estado de Mato Grosso  
Secretaria de Segurança Pública

Nome / Name  
**ROSIMEIRE PEREIRA DE OLIVEIRA**

Nome Social / Social Name

Registro Geral - CPF / Personal Number  
**006.585.761-51**

Data de Nascimento / Date of Birth  
**07/01/1980**

Naturalidade / Place of Birth  
**STA TEREZINHA DE  
GOIAS/GO**

Sexo / Sex  
**F**

Nacionalidade / Nationality  
**BRA**

Validade / Expiry  
**17/04/2034**

Filiação / Filiation  
**SANTA PEREIRA DE OLIVEIRA  
LUIZ GONÇALVES DE OLIVEIRA**

Orgão Expedidor / Card Issuer  
**POLITEC-INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO  
DR. AROLDO MENDES DE PAIVA**

Local / Place of Issue  
**CUIABA**

Emissão / Issue  
**17/04/2024**

*Rosimeire P. Oliveira*  
Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

*Anagard*  
Assinatura do Expedidor / Card Issuer Signature  
Angela Quati Nogueira Telesira  
Diretora do Instituto de Identificação

THOMAS GREG

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

**EBSERN**

**SUS**

Hospital Universitário Júlio Muller  
Rua Luis Philipe Pereira Leite - Cuiabá/MT  
CEP: 78048-902 TEL: (65) 3615.7238 CNES:2655411

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: ARON GABRIEL DE OLIVEIRA  
Data de Nascimento: 28/04/2022  
Prontuário: 3562808  
Endereço: RUA INTEGRAÇÃO EVAGELICA 79, Bairro: SAUDE, CONFRESA/MT CEP: 78852000

Nome Social:  
Nº Cartão SUS: 898006285472604

**RELATÓRIO DE CONSULTORIA**

**LAUDO MÉDICO**

PACIENTE, 3 ANOS E 3 MESES. COM DIAGNÓSTICO DE TRISSOMIA DO 21 (SÍNDROME DE DOWN), REALIZA ACOMPANHAMENTO NESTE SERVIÇO NO AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA. PACIENTE POSSUI DIREITO A ACOMPANHANTE E NECESSITA DE TRANSPORTE DE CIDADE DE ORIGEM PARA CUIABÁ. DESSA FORMA, SOLICITO DISPONIBILIZAÇÃO DE DOIS ASSENTOS EM ÔNIBUS PARA TRANSPORTE.

GRATA.



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701

## PARECER SOCIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome: Aron Gabriel de Oliveira

Data de nascimento: 24/04/2022

Sexo: Masculino

Filiação: Rosimeire Pereira de Oliveira

Endereço: Confresa-MT

Assistente Social: Luciene Ferreira Vilela CRESS: 3603 20ª Região MT

**Exposição de motivo:** O Presente parecer trata-se de um atendimento realizado por este serviço a senhora Rosimeire, que solicita a possível viabilização de passagens para tratamento fora de domicilio TFD.

**Parecer Técnico:** Por meio de entrevista com a senhora Rosimeire, a qual relatou que seu filho o menor Aron Gabriel, está em tratamento em Cuiabá MT, com agendamento de retorno para o dia 28/10/2025 na especialidade (**Nefro Pediatria**) mas a família no momento não tem condições financeiras para arcar com as despesas da viagem e solicita junto a Secretaria Municipal de Saúde quatro passagens sendo duas idas e dois Confresa a Cuiabá. ressaltando que a genitora tem solicitação medica para poltrona individual para a criança.

**Diante do exposto**, considerando que o paciente necessita de tratamento especializado, considera-se parecer favorável à possível aquisição de passagens, em conformidade com a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993.

"Capítulo IV, Sessão II (Dos benefícios eventuais), § Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública".

"E na Lei Municipal nº 210 de 20/06/2005, que autoriza o Executivo Municipal de Confresa-Mt a fazer doações na forma direta em que menciona de atendimento direto ao público, nas áreas de Assistência Social, Médica, Educação e outras".

"E na Resolução nº 005 de 11/03/2005, que Dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio - TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único do SUS/MT".

Luciene Ferreira Vilela  
Assistente Social



Chave de Confirmação:

**47708**

### UNIDADE SOLICITANTE

**Unidade Solicitante:**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CONFRESA

**Cód. CNES:**  
6564399

**Op. Solicitante:**  
033JOSIANE-SOLCFS

**Op. Videofonista:**  
---

### UNIDADE EXECUTANTE

**Unidade Executante:**  
HOSPITAL MUNICIPAL SAO BENEDITO DE CUIABA

**Cód. CNES:**  
7349270

**Op. Autorizador:**  
038GABRIELAMATIAS-REG

**Vaga Consumida:**  
Reserva Técnica

**Endereço:**  
AVENIDA SAO SEBASTIAO

**Número:**  
3300

**Complemento:**  
ESQ C A ODORICO TOC

**Data Aprovação:**  
30/09/2025

**Telefone:**  
6533130700

**CEP:**  
78045-000

**Bairro:**  
QUILOMBO

**Município:**  
CUIABA

**Profissional Executante:**  
TASSIA QUEIROZ REZENDE SOARES

**Data e Horário de Atendimento:**

**TER • 28/10/2025 • 13h00min**

#### Aviso

Paciente avisado por **JOSIANE FURQUIM OLIVEIRA** (06/10/2025 14:58:56)

### DADOS DO PACIENTE

#### CNS:

702807624096661

#### Nome do Paciente

GERFFESON MOREIRA BATISTA

#### Nome da Mãe

MARIA DE FATIMA MOREIRA

#### Nacionalidade:

BRASILEIRA

#### Tipo Logradouro:

RUA

#### Número:

S/N

#### País de Residência:

BRASIL

#### Telefone(s):

(96) 99132-9701 (*Exibir Lista Detalhada*)

#### Laudo / Justificativa: (*Exibir Histórico*)

LOMBALGIA CRONICA

#### Nome Social/Apelido:

---

#### Data de Nascimento:

19/01/1983 (42 anos)

#### Sexo:

MASCULINO

#### Tipo Sanguíneo:

---

#### Raça:

PARDA

#### Município de Nascimento:

ALMEIRIM - PA

#### Logradouro:

PINHO

#### Bairro:

PLANALTO

#### Município de Residência:

ALMEIRIM - PA

#### Complemento:

---

#### CEP:

68240-000

### DADOS DA SOLICITAÇÃO

#### Código da Solicitação:

625417191

#### Situação Atual:

SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGULADOR

#### CPF do Médico Solicitante:

---

#### CRM:

9184

#### Nome Médico Solicitante:

DR FERNANDO BRITO

#### Vaga Solicitada:

1ª Vez

#### Diagnóstico Inicial:

RADICULOPATIA

#### CID:

M541

#### Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

#### Central Reguladora:

CUIABA

#### Unidade Desejada:

---

#### Data Desejada:

---

#### Data Solicitação:

19/09/2025

#### Procedimentos Solicitados:

RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA

#### Cód. Unificado:

0207010048

#### Cód. Interno:

3100237

### AVISOS DO MUNICÍPIO

**24.02.2015**

**ATENCAO:** Existem prestadores que nao disponibilizam agendas reais, ou seja, o horario no laudo de autorizacao do SISREG nao e definitivo, para esses casos sugerimos que o usuario confirme o agendamento junto ao prestador via telefone. São eles: **CATERISMS, ARTERIOGRAFIAS, ANGIOGRAFIAS, CINTILOGRAFIAS, COLONOSCOPIAS, LITOTRIPSIS, HEMODIALISES, OFTALMOLOGIA (calazio, mapeamento de retina, paquimetria ultrassonica, fornix, topografia, pterigio, facectomia, facoemulsificacão, implante de LIO, reposicionamento de LIO, substituicao de LIO, olhos, simblefaroplastia, trabeculectomia), ESTUDO URODINAMICO, MARCADORES TUMORAIS.**  
**OBS.:** todas as consultas especializadas são datas reais no SISREG.

**06.12.2013**

O usuario SUS, se possivel, no momento do atendimento deve portar **RG, CARTAO DO SUS, COMPROVANTE DE RESIDENCIA e EXAMES ANTERIORES.**



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 162193 2a Via DATA DE EXPEDIÇÃO 21/11/2017

NOME GERFFESON MOREIRA BATISTA

FILIAÇÃO RAIMUNDO NONATO AGUIAR BATISTA MARIA DE FATIMA MOREIRA

NATURALIDADE ALMEIRIM-PA DATA DE NASCIMENTO 19/01/1983

DOC. ORIGEM NAS.12794 LIV.46-A FLS.203-, OFICIO DE REGISTROS PUBLIC, ALMEIRIM-PA, 21/07/2000

CPF 524.972.402-72

ASSINATURA DO DIRETOR  
*Jose Fernando de A. Lima*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Sistema Único de Saúde

GERFFESON MOREIRA BATISTA

Data Nasc.: 19/01/1983 Sexo: M

702 8076 2409 6661



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.  
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS 



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701

## PARECER SOCIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome: Gerffeson Moreira Batista

Data de nascimento: 19/01/1983

Sexo: Masculino

Filiação: Maria de Fatima Moreira

Endereço: Confresa-MT

Assistente Social: Luciene Ferreira Vilela CRESS: 3603 20ª Região MT

**Exposição de motivo:** O Presente parecer trata-se de um atendimento realizado por este serviço social ao senhor Gerffeson, que solicita a possível viabilização de passagens para tratamento fora de domicilio TFD.

**Parecer Técnico:** Por meio de entrevista com a senhor Gerffeson o mesmo relatou que está em tratamento no município e foi encaminhado e regulado para realizar exame medica especializado RM com agendamento para dia 28/10/2025, mas no momento a família não tem condições financeiras para arcar com as despesas da viagem e solicita junto a Secretaria Municipal de Saúde duas passagens sendo uma ida e um retorno de Confresa a Cuiabá.

Diante do exposto, considerando que o paciente necessita de tratamento especializado, considera-se parecer favorável à possível aquisição das passagens, em conformidade com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993.

“Capítulo IV, Sessão II (Dos benefícios eventuais), § Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública”

“E na Lei Municipal nº 210 de 20/06/2005, que autoriza o Executivo Municipal de Confresa-Mt a fazer doações na forma direta em que menciona de atendimento direto ao público, nas áreas de Assistência Social, Médica, Educação e outras”

“E na Resolução nº 005 de 11/03/2005, que Dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio – TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único do SUS/MT”.

  
Luciene Ferreira Vilela

Assistente Social



Chave de Confirmação:

**85242**

Data da Extração dos Dados: 06/10/2025 14:56:02

UPA (Secretaria) Saiole

**UNIDADE SOLICITANTE**

Unidade Solicitante:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CONFRESA

Cód. CNES:

6564399

Op. Solicitante:

033JOSIANE-SOLCFS

Op. Videofonista:

---

**UNIDADE EXECUTANTE**

Unidade Executante:

MEDCLIN

Cód. CNES:

2534274

Op. Autorizador:

039DENISE

Vaga Consumida:

Reserva Técnica

Endereço:

RUA JOAQUIM MURTINHO

Número:

1111

Complemento:

---

Data Aprovação:

01/10/2025

Telefone:

---

CEP:

78020-000

Bairro:

CENTRO

Município:

CUIABA

Profissional Executante:

ELIZABETE ZAFFANI DE OLIVEIRA

Data e Horário de Atendimento:

**SEG • 27/10/2025 • 07h12min**

**Aviso**

Paciente avisado por **JOSIANE FURQUIM OLIVEIRA** (06/10/2025 14:56:02)

**DADOS DO PACIENTE**

CNS:

702809198160862

Nome do Paciente

EMIVAL ALVES CAVALCANTE

Nome da Mãe

CONSTANCIA ALVES CAVALCANTE

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

21

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(66) 98134-6699 (*Exibir Lista Detalhada*)

Laudo / Justificativa: (*Exibir Histórico*)

Osteoporose?

Nome Social/Apelido:

---

Data de Nascimento:

28/04/1960 (65 anos)

Sexo:

MASCULINO

Tipo Sanguíneo:

---

Raça:

PARDA

Município de Nascimento:

SAO FELIX DO ARAGUAIA - MT

Logradouro:

BURITI

Bairro:

VILA NOVA

Município de Residência:

AGUA BOA - MT

Complemento:

CHÁCARA

CEP:

78635-000

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Código da Solicitação:

612732323

CPF do Médico Solicitante:

---

CRM:

9184

Situação Atual:

SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGULADOR

Nome Médico Solicitante:

DR FERNANDO

CID:

M81

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Diagnóstico Inicial:

OSTEOPOROSE SEM FRATURA PATOLOGICA

Central Reguladora:

CUIABA

Unidade Desejada:

---

Data Desejada:

---

Data Solicitação:

16/07/2025

Procedimentos Solicitados:

DENSITOMETRIA

Cód. Unificado:

0204060028

Cód. Interno:

3205104

**PREPARO(S) PARA O PROCEDIMENTO(S)**

20.40.60.028 - DENSITOMETRIA

O ATENDIMENTO SERÁ REALIZADO NO HORÁRIO REMARCADO PELA MEDCLIN. TELEFONE PARA CONTATO NO NÚMERO : (65) 3623-6600

**AVISOS DO MUNICÍPIO**

24.02.2015

**ATENCAO:** Existem prestadores que nao disponibilizam agendas reais, ou seja, o horario no laudo de autorizacao do SISREG nao e definitivo, para esses casos sugerimos que o usuario confirme o agendamento junto ao prestador via telefone. São eles: **CATERISISMOS, ARTERIOGRAFIAS, ANGIOGRAFIAS, CINTILOGRAFIAS, COLONOSCOPIAS, LITOTRIPSIAS, HEMODIALISES, OFTALMOLOGIA** (calazio, mapeamento de retina, paquimetria ultrassonica, fornix, topografia, pterigio, facectomia, facoemulsificação, implante de LIO, reposicionamento de LIO, substituição de LIO, olhos, simblefaroplastia, trabeculectomia), **ESTUDO URODINAMICO, MARCADORES TUMORAIS.**  
**OBS.:** todas as consultas especializadas são datas reais no SISREG.

06.12.2013

O usuario SUI, se possivel, no momento de...



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0417261-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/10/2014

NOME EMIVAL ALVES CAVALCANTE

FILIAÇÃO EDVALDO MONTEL CAVALCANTE  
CONSTANCIA ALVES CAVALCANTE

NATURALIDADE SAO FELIX DO ARAGUAIA-MT DATA DE NASCIMENTO 28/04/1960

DOC. ORIGEM C. NASC. TERM. 4094 LIV. A10 FLS. 278 SAO FELIX DO ARAGUAIA-MT

CPF 428.012.731-04

ASSINATURA DO DIRETOR

29 Via 091

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701

## PARECER SOCIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

**Nome:** Emival Alves Cavalcante

**Data de nascimento:** 28/04/1960

**Sexo:** Masculino

**Filiação:** Constanca Alves Cavalcante

**Endereço:** Confresa-MT

**Assistente Social:** Luciene Ferreira Vilela CRESS: 3603 20ª Região MT

**Exposição de motivo:** O Presente parecer trata-se de um atendimento realizado por este serviço social ao senhor Emival, que solicita a possível viabilização de passagens para tratamento fora de domicílio TFD.

**Parecer Técnico:** Por meio de entrevista com o senhor Emival o mesmo informou que iniciou tratamento no município e foi solicitado exame especializado (**Densitometria**), com agendamento para dia 27/10/2025 e solicita junto a Secretaria Municipal de Saúde duas passagens sendo uma ida e um retorno de Confresa/Cuiabá.

Diante do exposto, considerando que o paciente necessita de exame para diagnóstico e possível tratamento especializado, considera-se parecer favorável à possível aquisição das passagens, em conformidade com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993.

“Capítulo IV, Sessão II (Dos benefícios eventuais), § Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública”.

“E na Lei Municipal nº 210 de 20/06/2005, que autoriza o Executivo Municipal de Confresa-Mt a fazer doações na forma direta em que menciona de atendimento direto ao público, nas áreas de Assistência Social, Médica, Educação e outras”

“E na Resolução nº 005 de 11/03/2005, que Dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio – TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único do SUS/MT”.



Luciene Ferreira Vilela  
Assistente Social



Saida dia 20/10/25 98462-1106

Chave de Confirmação:

33370

**UNIDADE SOLICITANTE**

Unidade Solicitante:  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CONFRESA

Cód. CNES:  
6564399

Op. Solicitante:  
033JOSIANE-SOLCFS

Op. Videofonista:  
---

**UNIDADE EXECUTANTE**

Unidade Executante:  
HOSPITAL MUNICIPAL SAO BENEDITO DE CUIABA

Cód. CNES:  
7349270

Op. Autorizador:  
038GABRIELAMATIAS-REG

Vaga Consumida:  
Reserva Técnica

Endereço:  
AVENIDA SAO SEBASTIAO

Número:  
3300

Complemento:  
ESQ C A ODORICO TOC

Data Aprovação:  
30/09/2025

Telefone:  
6533130700

CEP:  
78045-000

Bairro:  
QUILOMBO

Município:  
CUIABA

Profissional Executante:  
TASSIA QUEIROZ REZENDE SOARES

Data e Horário de Atendimento:  
**SEG • 27/10/2025 • 13h00min**

Aviso

Paciente avisado por JOSIANE FURQUIM OLIVEIRA (06/10/2025 14:57:23)

**DADOS DO PACIENTE**

CNS:

703103631801090

Nome do Paciente  
ROSELY SOARES GUIMARAES DA SILVA

Nome Social/Apelido: ---  
Data de Nascimento: 24/11/1985 (39 anos)

Sexo:  
FEMININO  
Tipo Sanguíneo:  
---

Nome da Mãe  
ALDERINA MAURICIO SANTANA

Raça:  
AMARELA  
Município de Nascimento:  
PORTO ALEGRE DO NORTE - MT

Nacionalidade:  
BRASILEIRA

Logradouro:  
LAUDELINA  
Bairro:  
JARDIM PLANALTO  
Complemento:  
CASA  
CEP:  
78652-000

Tipo Logradouro:  
RUA  
Número:  
120

País de Residência:  
BRASIL

Município de Residência:  
CONFRESA - MT

Telefone(s):  
(65) 98406-9300 (Exibir Lista Detalhada)

Laudo / Justificativa: (Exibir Histórico)  
PACIENTE ADENOMIOSE + SNA + NÃOVISUALIZADO VARIOS. DESEJO REALIZAR EXAME.

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Código da Solicitação:  
625036927

Situação Atual:  
SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGULADOR

CPF do Médico Solicitante:  
---  
7852

Nome Médico Solicitante:  
DRA NIEGE  
Vaga Solicitada:  
1ª Vez

Diagnóstico Inicial:  
EROSAO E ECTROPIO DO COLO DO UTERO

CID:  
N86  
Risco:  
AZUL - Atendimento Eletivo

Central Reguladora:  
CUIABA

Unidade Desejada:  
---

Data Desejada:  
---  
Data Solicitação:  
17/09/2025

Procedimentos Solicitados:  
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR

Cód. Unificado:  
0207030022  
Cód. Interno:  
3100953

**AVISOS DO MUNICÍPIO**

24.02.2015

**ATENCAO:** Existem prestadores que nao disponibilizam agendas reais, ou seja, o horario no laudo de autorizacao do SISREG nao e definitivo esses casos sugerimos que o usuario confirme o agendamento junto ao prestador via telefone. São eles: **CATERISISMOS, ARTERIOGRAFIAS, CINTILOGRAFIAS, COLONOSCOPIAS, ENDOTRIPSIAS, HEMODIALISES, OFTALMOLOGIA** (calazio, mapeamento de rpaquimetria ultrassonica, fornix, topografia, pterigio, facectomia, facoemulsificação, implante de LIO, reposicionamento de substituiçao de LIO, olhos, simblefaroplastia, trabeculectomia), ESTUDO URODINAMICO, MARCADORES TUMORAIS.  
**OBS.:** todas as consultas especializadas são datas reais no SISREG.

06.12.2013

O usuario SUS, se possivel, no momento do atendimento deve portar **RG, CARTAO DO SUS, COMPROVANTE DE RESIDENCIA e EXAMES**



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
GOVERNO FEDERAL

Estado de Mato Grosso  
Secretaria de Segurança Pública

Nome / Name  
**ROSELY SOARES GUIMARÃES DA SILVA**

Nome Social / Social Name

Registro Geral - CPF / Personal Number  
**036.974.691-00**

Sexo / Sex  
F

Data de Nascimento / Date of Birth  
**24/11/1985**

Nacionalidade / Nationality  
**BRA**

Naturalidade / Place of Birth  
**PORTO ALEGRE DO NORTE/MT**

Validade / Expiry  
**30/07/2034**

Assinatura do Titular / Contributor's Signature  
*Rosely Soares da Silva*

Emissão / Issue  
**30/07/2024**

Local / Place of Issue  
**CUJUBA**

Órgão Expedidor / Card Issuer  
**POLITEC - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO  
DR. AROLDO MENDES DE PAIVA**

Assinatura do Expedidor / Card Issuer Signature  
*Angela Ozatti Roggeri Telesara*  
Diretora do Instituto de Identificação

BR 1040 1009644

P 063

THOMAS GRUPO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

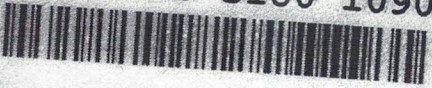
LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

Sistema Único de Saúde

**ROSELY MAURICIO SOARES**


Data Nasc.: 24/11/1985      Sexo: F

**703 1036 3180 1090**



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.  
**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.**

SUS 



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 21/10/2025 às 15:20:17, com fundamento no Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020. A autenticidade do documento pode ser verificada através do Qrcode ou no site <https://confresa.online/protocolo/validar> e informando o código: 2926281701

## PARECER SOCIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

**Nome:** Rosely Soares Guimaraes da Silva

**Data de nascimento:** 24/11/1985

**Sexo:** Feminino

**Filiação:** Alderina Mauricio Santana

**Endereço:** Confresa-MT

**Assistente Social:** Luciene Ferreira Vilela CRESS: 3603 20ª Região MT

**Exposição de motivo:** O Presente parecer trata-se de um atendimento realizado por este serviço a senhora Rosely, que solicita a possível aquisição de passagens para TFD.

**Parecer Técnico:** Por meio de entrevista com a senhora Rosely, a qual relatou que esta em tratamento no município e foi encaminhada para realizar exame medico na especialidade **(RM)** com agendamento de para o dia 27/10/2025, mas no momento a família não tem condições financeiras para arcar com as despesas da viagem e solicita junto a Secretaria Municipal de Saúde duas passagens sendo uma ida e retorno de Confresa/Cuiaba.

Diante do exposto, considerando que a paciente necessita de tratamento especializado, considera-se parecer favorável à possível aquisição das passagens, em conformidade com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993.

“Capítulo IV, Sessão II (Dos benefícios eventuais), § Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública”.

“E na Lei Municipal nº 210 de 20/06/2005, que autoriza o Executivo Municipal de Confresa-Mt a fazer doações na forma direta em que menciona de atendimento direto ao público, nas áreas de Assistência Social, Médica, Educação e outras”.

“E na Resolução nº 005 de 11/03/2005, que Dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio – TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único do SUS/MT”.



Luciene Ferreira Vilela  
Assistente Social

