

**Ofício nº293 SMS/SS/2025**

Confresa-MT, 22 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>Setor/Coord.: Secretaria de Saúde</b>   |       |      |     |                               |       |               |          |
| <b>E-mail: <a href="mailto:servicosocial@saude.confresa.mt.gov.br">servicosocial@saude.confresa.mt.gov.br</a></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<br>TRAJETO          | MARCA | VALOR<br>UNIT |          |
| 01   | 28092 |      | Und | Confresa a Barra<br>do Garças | -     |               |          |
| 02   | 12589 |      | Und | Barra do Garças a<br>Confresa | -     |               |          |
| 03   | 28096 | 03   | Und | Confresa a Cuiabá             | -     | 270,65        | 811,95   |
| 04   | 28096 | 03   | Und | Cuiabá a Confresa             | -     | 271,94        | 815,82   |
|  |       |      |     |                               | -     |               | 1.627,77 |
| <b>3 – DOTAÇÕES</b>  |       |      |     |                               |       |               |          |
| ORGAO: 06 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  |       |      |     |                               |       |               |          |
| UND: 001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  |       |      |     |                               |       |               |          |
| AÇÃO: 0000 - MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM A GESTÃO EM SAUDE   |       |      |     |                               |       |               |          |
| FICHA: 136- APLICAÇÕES DIRETAS   |       |      |     |                               |       |               |          |
| FONTE: 1.500.1002-001  |       |      |     |                               |       |               |          |
| MODALIDADE: 3.3.90.00.00   |       |      |     |                               |       |               |          |



| DADOS DO PACIENTE                         |                |   |                   |                    |
|---|----------------|---|-------------------|--------------------|
| <b>NOME:</b> Rubens de Sousa              |                | <b>Especialidade:</b> Ortopedia/Traumatologia |                   |                    |
| <b>CPF:</b>                               | 023.379.011-06 | <b>DESTINO</b>                                | CONFRESA A CUIABÁ | <b>IDA E VOLTA</b> |
| DADOS DO ACOMPANHANTE                     |                |   |                   |                    |
| <b>NOME:</b> João Batista Nicolau Basilio |                |   |                   |                    |
| <b>CPF:</b>                               | 344.620.661-20 | <b>DESTINO</b>                                | CONFRESA A CUIABÁ | <b>IDA E VOLTA</b> |

| DADOS DO PACIENTE                     |                |                                      |                   |                    |
|---------------------------------------|----------------|--------------------------------------|-------------------|--------------------|
| <b>NOME:</b> Suely Pereira de Almeida |                | <b>Especialidade:</b> Doppler Venoso |                   |                    |
| <b>CPF:</b>                           | 957.425.811-49 | <b>DESTINO</b>                       | CONFRESA A CUIABÁ | <b>IDA E VOLTA</b> |
| DADOS DO ACOMPANHANTE                 |                |                                      |                   |                    |
| <b>NOME:</b>                          |                |                                      |                   |                    |
| <b>CPF:</b>                           |                | <b>DESTINO</b>                       | CONFRESA A CUIABÁ |                    |

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





**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO HMVG**

Paciente: RUBENS DE SOUSA

Data: 27/10/2025

Horário de chegada: 07:00

Especialidade: ORT TRAUMA

Telefone: (65) 3388-0600

**Agendada(o) por B.C**



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 22/10/2025 às 10:02:45, 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: 0403063774

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 027092432004-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/01/2004

NOME RUBENS DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA LAURA DE SOUSA

NATURALIDADE IMPERATRIZ - MA DATA DE NASCIMENTO 26/12/1979

DOC. ORIGEM NASC.N.8317 FLS.130 LIV.A08

CPF \*\*\*\*\*-\*\*  
SÃO LUIS-MA

P-5

ORLANDO TRINTA AROUCHE  
ASSINATURA DO DIRETOR

VIA-01


LEI N°7 116 DE 29/08/83

Sistema Único de Saúde

RUBENS DE SOUSA


Data Nasc.: 26/12/1979 Sexo: M

700 0050 8314 4802



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 

 MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição  
023.379.011-06

Nome  
RUBENS DE SOUSA

Nascimento  
26/12/1979







Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 22/10/2025 às 10:02:45, 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: 0403063774



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1609361-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/12/2002

NOME JOAO BATISTA NICOLAU BASILIO

FILIAÇÃO JOSE BASILIO DA SILVA

DIVINA NICOLAU BASILIO

NATURALIDADE TRES RANCHOS-GO DATA DE NASCIMENTO 23/06/1963

DOC. ORIGEM C. CASM. LIV. 1 FLS. 39

TERM 39 PORTO A. DO NORTE-MT

CPF \* \* \* \* \*

*Manoel Francisco da Silva*

ASSINATURA DO DIRETOR

2VIA-091

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 22/10/2025 às 10:02:45, 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: 0403063774

## PARECER SOCIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome: Rubens de Sousa

Data de nascimento: 26/12/1979

Sexo: Masculino

Filiação: Maria Laura de Sousa

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 Rubens, que solicita a possível viabilização de passagens para tratamento fora de domicílio TFD.

**Parecer Técnico:** Por de entrevista com o senhor Rubens ele relatou que sofreu um grave acidente passou por cirurgia e está em tratamento especializado com consulta de retorno agendada para o dia 27/10/2025 na especialidade (**Ortopedia/Traumatologia**). Mas no momento a família não tem condições financeiras para arcar com as despesas da viagem e solicita junto a Secretaria Municipal de Saúde quadro passagens sendo duas idas e dois retornos.

Diante do exposto, considerando que o paciente necessita de tratamento especializado, coloco esse parecer a disposição para ser deferido 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



AGENDAMENTO:

27/10/23

ÀS 14:00 HRS

( ) JE JUM HRS

( ) TOMAR LUFTAL

ORDEM DE CHEGADA

Telefone: (65) 3052-0122



(65)3618-8800

Profissional Executante:

RODRIGO PINHEIRO VIEIRA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

705605467753819

Nome da Mae:

MARIA PEREIRA DE ALMEIDA

Tipo Sanguíneo:

---

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

RUA

Bairro:

SAUDE

Telefone(s):

(66) 98463-1602 (Exibir Lista Detalhada)

Nome:

SUELY PEREIRA DE ALMEIDA MELLO

Sexo:

FEMININO

Raça:

AMARELA

Naturalidade:

PALMEIROPOLIS - TO

Nome do Logradouro:

CLODOALDO GUOLO

Município de Residencia:

CONFRESA - MT

Nome Social / Apelido:

---

Data Nascimento:

16/04/1980

Idade:

45 anos

Número:

48

CEP:

78652-000

Complemento:

---

IZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Cod. CNES:

9841903

Op. Solicitante:

551CLERIS

Op. Autorizador:

551CLERIS

Op. Videofonista:

Cod. CNES:

9841903

Número:

141

CEP:

78010-100

Complemento:

PRACA DO SEMINARIO

Município:

CUIABA - MT

Bairro:

BANDEIRANTES

Data e Horário de Atendimento:

TER • 21/10/2025 • 13:00hrs

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

629915368

CPF Profissional Solicitante:

001.198.031-19

Diagnóstico Inicial:

OUTROS EXAMES E INVESTIGACOES ESPECIAIS DE PESSOAS SEM QUEIXA OU DIAGNOSTICO RELATADO

Procedimentos Autorizados:

DOPPLER VENOSO DE MMII

Data de Solicitação:

13/10/2025

Profissional Solicitante:

JESSICA PROENCA DERZE

Data de Aprovação:

13/10/2025

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CID:

Z01

Cod. Unificado: 0205010040

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno: 2500089

AVISOS DO MUNICIPIO

08/06/2011

---

Data da Extração dos Dados: 13/10/2025 09:26:17





**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**957.425.811-49**

**Nome**

**SUELY PEREIRA DE ALMEIDA**

**Nascimento**

**16/04/1980**



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 22/10/2025 às 10:02:45, 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: 0403063774

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



Suelij Pereira de Almeida  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 22/10/2025 às 10:02:45, 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: 0403063774

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

1806413-2

DATA DE  
EXPEDICAO

17/11/2003

NOME

SUELY PEREIRA DE ALMEIDA

FILIAÇÃO

MANOEL SEVERO DE ALMEIDA

MARIA PEREIRA DE ALMEIDA

NATALIDADE

PALMEIROPOLIS-TO

DATA DE NASCIMENTO

16/04/1980

DOC ORIGEM

C. NASC. LIV. A4 FLS. 266V  
TERM. 2865 PALMEIROPOLIS-TO

CPF

\* \* \* \* \*

*Taisse Oliveira e Silva*  
ASSINATURA DO DIRETOR



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 22/10/2025 às 10:02:45, 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: 0403063774

AVISO DE  
**CE CONFRESA**

AV BRASIL N. 525  
JD VITORIA - CEP: 78652-000 - CONFRESA-MT  
TELEFONE: 0800 647 6060 / 4020-1038  
CNPJ: 19.310.815/0001-03

V 1. B. 4  
20241008075833

MATRICULA

4329-0

MES/ANO

150101233  
10/2024

NOME/ENDEREÇO

MORADOR: SUELI PEREIRA DE ALMEIDA

RUA CLODOALDO GUOLLO, 48-QD4-SETOR SAUDE-CONFRESA-MT-cep:7865200

LOCALIZACAO

0010000030

GRUPO

4

NUMERO DO HIDROMETRO

A23DM023626

06/11/2024



Documento assinado eletronicamente por TAISSÉ OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO, CPF: 000.\*\*\*.\*\*\*-83, em 22/10/2025 às 10:02:45, 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: 0403063774

## PARECER SOCIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

**Nome:** Suely Pereira de Almeida

**Data de nascimento:** 16/04/1980

**Sexo:** Feminino

**Filiação:** Maria Pereira de Almeida

**Endereço:** Confresa-MT

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

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

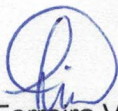
**Parecer Técnico:** Por meio de entrevista com a senhora Suely, que foi encaminhada para realizar consulta medica especializada **Cirurgia Vascular** e tem agendamento de retorno para o dia 27/10/2025, mas no momento a família não tem condições financeiras para arcar com as despesas da viagem e solicita junto a Secretaria Municipal de Saúde duas passagem sendo uma ida e um 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 Guimaraes

Assistente Social

