



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONFRESA

CNPJ: 37.464.716/0001-50
CONFRESA - MT, AV. CENTRO OESTE, Nº 286, CENTRO

SOLICITAÇÃO 1669/2026

Requerente: CELIA JESUS MARQUES CENA

Solicitada em: 07/05/2026

Órgão: 06 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade: 001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Setor: 91 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Finalidade: SMS - SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO EM ATENDIMENTO A PACIENTE CELIA JESUS MARQUES CENA, CPF 452.334.621-68, PARA USG - DOPPLER VASCULAR VENOSO MIE MID.

Justificativa: A SOLICITAÇÃO É REFERENTE AO CUSTEIO COM DESPESAS DE EXAME USG - DOPPLER VASCULAR VENOSO MIE MID PARA A PACIENTE CELIA JESUS MARQUES CENA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO E PARECER TÉCNICO EM ANEXO.

Cód. TCE	Seq.	Item	Descrição	Unidade Fornecimento	Tipo	Unidade	Quantidade		Subtotal		
							Solicitada	Valor			
0	1	22229	AJUDA DE CUSTO PARA EXAMES	UNIDADE (CÓD.	SERVIÇO	UN - UNIDA	1,000	840,000	840,00		
Quantidade Itens:							1	Quantidade Total:	1,000	Total:	R\$ 840,00

Vitor Duarte Queiroz Campos

050.658.451-82

Secretário de Saúde

CELIA JESUS MARQUES CENA

REQUERENTE

Incluído Por: THIAGO JORGE LIMA





ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONFRESA

CNPJ: 37.464.716/0001-50
CONFRESA - MT, AV. CENTRO OESTE, Nº 286, CENTRO

RESERVA DE DOTAÇÃO SOLICITAÇÃO: 00001669/2026

REQUERENTE: 11183 - CELIA JESUS MARQUES CENA

SOLICITADA EM: 07/05/2026

ÓRGÃO: 06 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE: 001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

SETOR: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DESCRIÇÃO: SMS - SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO EM ATENDIMENTO A PACIENTE CELIA JESUS MARQUES CENA, CPF 452.334.621-68, PARA USG - DOPPLER VASCULAR VENOSO MIE MID.

JUSTIFICATIVA: A SOLICITAÇÃO É REFERENTE AO CUSTEIO COM DESPESAS DE EXAME USG - DOPPLER VASCULAR VENOSO MIE MID PARA A PACIENTE CELIA JESUS MARQUES CENA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO E PARECER TÉCNICO EM ANEXO.

DOTAÇÃO

REDUZIDO

DOTAÇÃO

VALOR RESERVADO

00000137

06.001.10.122.0073.20079.3390000000.15001002000 - APLICAÇÕES DIRETAS

840,00

Quinta-feira, 7 de Maio de 2026

Vitor Duarte Queiroz Campos

050.658.451-82

Secretário de Saúde



Documento assinado digitalmente por VITOR DUARTE QUEIROZ CAMPOS, CPF: 050.***.***-82, em 07/05/2026 às 10:56:34, com fundamento no Decreto nº 002/2026. A autenticidade do documento pode ser conferida através do Qrcode ou no site <https://confresa.mt.gov.br/protocolo/validar> informando o código: 1409133056

Ofício nº142/SMS/SS/2026

Confresa-MT, 07 de maio de 2026

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 E/OU CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS

1. DADOS DO REQUISITANTE							
Nome: Victor Duarte Queiroz Campos							
Setor/Coord.: Secretaria de Saúde							
E-mail: servicosocial@saude.confresa.mt.gov.br							
2 – JUSTIFICATIVA							
- A Administração Municipal por meio da Secretaria Municipal de Saúde, vem solicitar aquisição de ajuda de custo para a senhora Celia Jesus Marques Cena, para ajudar a custear de exame na especialidade USG Doppler Vascular Venoso MIE MID conforme solicitação médica.							
3 – ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO E QUANTITATIVO							
-							
ITEM	QTDE	UND	DESCRIÇÃO	MARCA	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	
01	01	Und	Ajuda de custo	-	840,00	840,00	
4 – FORMA DE ENTREGA OU PRAZO DE EXECUÇÃO							
Entrega: Imediata							
5- DOTAÇÕES							
ÓRGÃO: 06 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE							
UNID: 001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE							
PROGRAMA: 0073 GESTAO EM SAUDE							





GOVERNO DE
CONFRESA
A TRANSFORMAÇÃO QUE VOCÊ ESPERA!



AÇÃO: 2073 MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM GESTAO EM SAUDE

FICHA: 137 APLICAÇÕES DIRETAS

FONTE DE RECURSO: 1.500.1002-001 00

6 – INDICAÇÃO DO(S) FISCAL (IS)

7 – OBSERVAÇÕES

DADOS DO PACIENTE

NOME: Celia Jesus Marques Cena

CPF: 452.334.621-68

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: CX

Agência: 3437 001

Conta: 00020544-6

RG:

ORGÃO EXP:

DATA DE EXPEDIÇÃO:

Sem mais para o momento, agradeço.

Victor Duarte Queiroz Campos
Secretário Municipal de Saúde
Portaria 114/2026

☎ 66 3143-0000 📍 Avenida Centro Oeste, 286 - Centro / CEP - 78652-000

✉ ouvidoria@confresa.mt.gov.br

Horário de Funcionamento
Segunda-Quinta
das 07h às 17h

CNPJ: 37.464.716/0001-50



Documento assinado digitalmente por VITOR DUARTE QUEIROZ CAMPOS, CPF: 050.***.***-82, em 07/05/2026 às 10:56:34, com fundamento no Decreto nº 002/2026. A autenticidade do documento pode ser conferida através do Qrcode ou no site <https://confresa.mt.gov.br/protocolo/validar> informando o código: 1409133056

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CONFRESA

Cód. CNES:
6564399

Op. Solicitante:
033JOSIANE-SOLCFS

Op. Videofonist

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

702408079134526

Nome do Paciente

CELIA JESUS MARQUES CENA

Nome da Mãe

LEOTILDE DA SILVA MARQUES

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

AVENIDA

Número:

35

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(66) 99226-2379 *(Exibir Lista Detalhada)*

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

18/10/1958 (67 anos)

Sexo:

FEMININO

Raça:

PRETA

Tipo Sanguíneo:

Município de Nascimento:

CORUMBA - MS

Logradouro:

HELIO KOLCENT

Bairro:

SAUDE

Município de Residência:

CONFRESA - MT

Complemento:

CEP:

78652-000

DADOS DA SOLICITAÇÃO**Código da Solicitação:**

648023069

CPF do Médico Solicitante:

CRM:

8164

Situação Atual:

SOLICITAÇÃO / PENDENTE / REGULADOR

Nome Médico Solicitante:

DRA YEDA

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Diagnóstico Inicial:

VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES COM INFLAMACAO

CID:

I831

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Central Reguladora:

CUIABA

Unidade Desejada:

Data Desejada:

Data Solicitação:

28/01/2026

Procedimentos Solicitados:

DOPPLER VENOSO DE MMII

Cód. Unificado:

0205010040

Cód. Interno:

2500089

HISTÓRICO DE OBSERVAÇÕES

Solicitante:	Data:	Hora:	Situação:
033JOSIANE-SOLCFS	28/01/2026	09:52	PENDENTE
Observação: PACIENTE APRESENTANDO QUADRO DE VARIZES, TORTUOSOS, ASSOCIADOS A EDEMA.			

Data da Extração dos Dados: 28/01/2026 09:52:49



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: PSF Jardim Planalto 2 - CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Celia Luis Borges Lima 4 - CPF: 455 213131416121316
 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 710124108101719113451216 6 - DATA DE NASCIMENTO: 38/03/1958 7 - SEXO: Masc. Fem. 8 - RAÇA/COR: _____
 9 - NOME DA MÃE: _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____ DDD: _____
 11 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 616 919 21216121317 DDD: _____
 13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Húlio Kolesente, nº 33, Saúde
 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campos 15 - COD. IBGE MUNICÍPIO: _____ 16 - UF: MT 17 - CEP: 718161512100

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: USG duplex venoso sup. e profundo mmTB 20 - QTDE: _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: USG duplex venoso sup. e profundo mmTB 23 - QTDE: _____
 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 26 - QTDE: _____
 27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 29 - QTDE: _____
 30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 32 - QTDE: _____
 33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 35 - QTDE: _____

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Vozes mmTBs C/ infarco 37 - CID10 PRINCIPAL: I831 38 - CID10 SECUNDÁRIO: _____ 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____
 40 - OBSERVAÇÕES: Até apresentando quadro de vozes, torções associadas a edema.

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Yeda Karolina Rosa Silva 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/01/20 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Yeda Karolina Rosa Silva Médica CRM 816470
 43 - DOCUMENTO: CRM 816470 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 0141136915211-1210

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: _____ 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____
 48 - DOCUMENTO: _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: _____



Orçamento Serviços de Exames de Ultrassonografias

nº 1

Para o dia 15/4/2026

PACIENTE: CELIA JESUS MARQUES CENA

CPF 452.334.621-68

US Doppler vascular Venoso de MIE e MiD.

R\$ 1680,00

TOTAL :1680,00



CNPJ: 08.460.333/0001-05



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO FEDERAL

Estado de Mato Grosso
Secretaria de Segurança Pública

Nome / Name
CELIA JESUS MARQUES CENA

Nome Social / Social Name

Registro Geral - CPF / Personal Number
452.334.621-68

Sexo / Sex
F

Data de Nascimento / Date of Birth
18/10/1958

Nacionalidade / Nationality
BRA

Naturalidade / Place of Birth
CORUMBA/MS

Validade / Expiry
INDETERMINADA

Fixação / Filiação
LEOTILDE DA SILVA MARQUES OLYMPIO MARQUES

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

Local / Place of Issue
CUIABA

Emissão / Issue
01/07/2025

Angela Quast Nogaret Teixeira
Assinatura do Expedidor / Card Issuer Signature
Diretora do Instituto de Identificação

Celia Jesus Marques Cena
Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CONFRESA

AV BRASIL N. 525
JD VITORIA - CEP: 78652-000 - CONFRESA-MT
TELEFONE: 8888 647 6868 / 4828-1038
CNPJ: 13.318.815/0001-83

V. 1. 10. 13
28268488882346

INSCRIÇÃO 4603-5 FATURA No 150040424
MENS/ANO 04/2026

NOME/ENDEREÇO
MORADOR: CELIA JESUS MARQUES CENA
RUA HELIO KOLCENTI, 35-QD5-SETOR SAUDE-CONFRESA-MT-CEP: 78652000

LOCALIZAÇÃO
010010040

DATA APROX. PROX. LEITURA 07/05/2026 GRUPO 4 NUMERO DO HIDROMETRO A24DM0234508

HISTORICO DO CONSUMO	MES/ANO	TIPIC	LIDO	FATURADO
03/2026	Medico	6	10	10
02/2026	Medico	9	10	10
01/2026	Estimado	4	10	10
12/2025	Estimado	5	10	10
11/2025	Medico	10	10	10
10/2025	Medico	24	24	24

DATA LEITURA
ANTERIOR 10/03/2026 233
ATUAL 08/04/2026 244

CONSUMO MES m³ 11
MEDIA (m³) 10

LEI 12.741/2012
PIB/PROB: 137,37*1000* 2,56
COFINB: 137,37*1000* 10,44

TABELA DE TARIFAS	RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO (m³) E(C%)	DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS EM FATURA	VALOR
0	10	0-3888 98	PATURAMENTO AGUA -	
10	20	0-5188 98	> Residencial-Normal	72,31
20	30	10-6388 98	> Residencial-Normal	11 m3 72,31
30	999-999	12-7688 98	FATURAMENTO ESGOTO	65,06
			> Residencial-Normal	11 m3 65,06

WFO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO (m³) E(C%)

VENCIMENTO: 27/04/2026 TOTAL A PAGAR: 137,37

IRREGULARIDADES/ANORMALIDADES

MEMBRAGEM
EVITE DESPERDÍCIOS. ECONOMIZE ÁGUA
CONFORME ART. 2 LEI 12.741 08/12/2012. INFORMAMOS SOBRE
O VALOR DESSAS FATURA INCIDE OS SEGUINTEs TRIBUTOS: PIS/COFINS.

Sistema Único de Saúde

CELIA JESUS MARQUES CENA

Data Nasc.: 18/10/1958 Sexo: F
CNS: 702 4080 7913 4526
CPF: 452.334.621-68

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 digitalmente por VITOR DUARTE QUEIROZ CAMPOS, CPF: 050.***.***-82, em 07/05/2026 às 10:56:34, com fundamento no Decreto nº 002/2026. A autenticidade do documento pode ser conferida através do Qrcode ou no site <https://confresa.mt.gov.br/protocolo/validar> informando o código: 1409133056



1. IDENTIFICAÇÃO

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Interessado(a): Celia Jesus Marques Cena

Data de Nascimento: 18/10/1958

Idade: 67 anos

Endereço: Rua Helio Kolcenti, nº 35, Setor Saude, Confresa/MT

2. ASSUNTO

Solicitação de auxílio financeiro para realização de exame de USG DOPLER VASCULAR VENOSO DE MIE e MID, conforme solicitação médica anexa.

3. HISTÓRICO E RELATO SOCIAL

A senhora Celia compareceu a este serviço informando a necessidade urgente de realização do referido exame, foi relatado que a única renda da família e de um salario mínimo referente a sua aposentadoria, para arcar com todos os gastos fixo de uma família, não sendo assim possível fazer uma reserva para custear o exame que e ofertado somente na rede particular no municipio.

4. ANÁLISE TÉCNICA

Analisando e fundamentando no princípio da **Integralidade da Saúde** e no dever do Estado em garantir o acesso a serviços de diagnóstico, conforme a Lei 8.080/90. Verificou-se que o referido exame não é ofertado na rede municipal e possui fila de espera superior a 12 meses na regulação via SISREG, o que compromete o prognóstico clínico da paciente e tratamento.

A vulnerabilidade socioeconômica identificada demonstra que a ausência de auxílio institucional inviabiliza o direito fundamental à saúde, configurando uma situação de desproteção social.

5. CONCLUSÃO E PARECER

Diante do exposto e com base no estudo social realizado, este Serviço Social emite esse referido parecer Para analise de possível deferimento ao custeio do valor solicitado, em caráter de urgência, visando a continuidade do tratamento de saúde.



Assistente Social
Luciene Ferreira Vilela
CRESS 3603/20ª Região

Confresa/MT, 07 de maio 2026.



66 3143-0000



Avenida Centro Oeste, 286 - Centro / CEP - 78652-000



ouvidoria@confresa.mt.gov.br

Horário de Funcionamento

Segunda-Quinta
das 07h às 17h

CNPJ: 37.464.716/0001-50

