

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO

**DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
SERVIÇO PROTOCOLO E ARQUIVO**

PROCESSO: 0000003004 / 2015

**Ao Exmo Sr.
Prefeito Municipal**

Proprietário/Interessado: 00001543 ANA PATRICIA CARDOSO SOUSA

CNPJ/CPF: 93183119315

Endereço: SÃO MIGUEL DO TAPUIO

Bairro: SÃO MIGUEL DO TAPUIO

Cidade: SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI

Fone:

ASSUNTO SOLICITAÇÃO DE DESPESA

O Requerimento acima qualificado vem pelo presente muito respeitosamente solicitar que V. Excia se digne
REFERENTE A UMA AJUDA FINANCEIRA PARA DESLOCAMENTO PARA SAO PAULO PARA
TRATAMENTO DE SAUDE DO SEU FILHO (RELIO CASSIO CARDOSO AMARO) NO VALOR DE R\$
300,00.

Observações:

DATA: 02/06/2015 HORA: 13:03:48

Nestes termos peço deferimento

Maria José de Araújo Vieira
Coordenadora de Arquivo e Protocolo
CPF: 050.292.343-14

1. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO

1.1. Tipo de despesa: PAGAMENTO DE AJUDA FINANCEIRA

1.2. Justificativa:

PARA PAGAMENTO

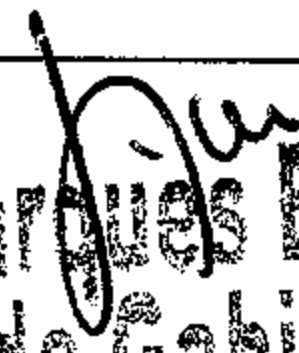
1.3. Detalhamento

PAGAMENTO A ANA PATRICIA CARDOSO SOUSA REFERENTE A UMA AJUDA FINANCEIRA PARA

DESLOCAMENTO PARA SÃO PAULO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE SEU FILHO(RELIO CASSIO CARDOSO

AMARO) NO VALOR DE R\$ 300,00

1.4 Data: 02/06/2015


Gilmar Marques Beserra
Assinatura Solicitante
Chefe de Gabinete
CPF: 352.400.753-87

1.5 Data: 02/06/2015


JOSÉ LINCOLN SOBRAL MATOS
Assinatura Autorizadora
CPF: 050.292.343-14

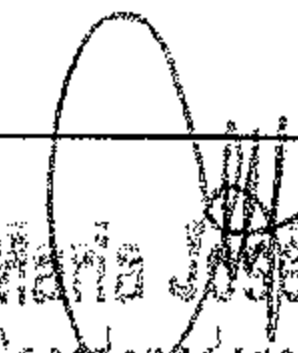
2. PROTOCOLO

2.1. Processo Nº:

3004

2.2. Data:

02, 06, 15


Maria José de Araújo Vieira
Assinatura Coordenadora de Arquivo e Protocolo
CPF: 050.292.343-14

3. EMPENHO

3.1. NE Nº

R\$

3.3. Data:

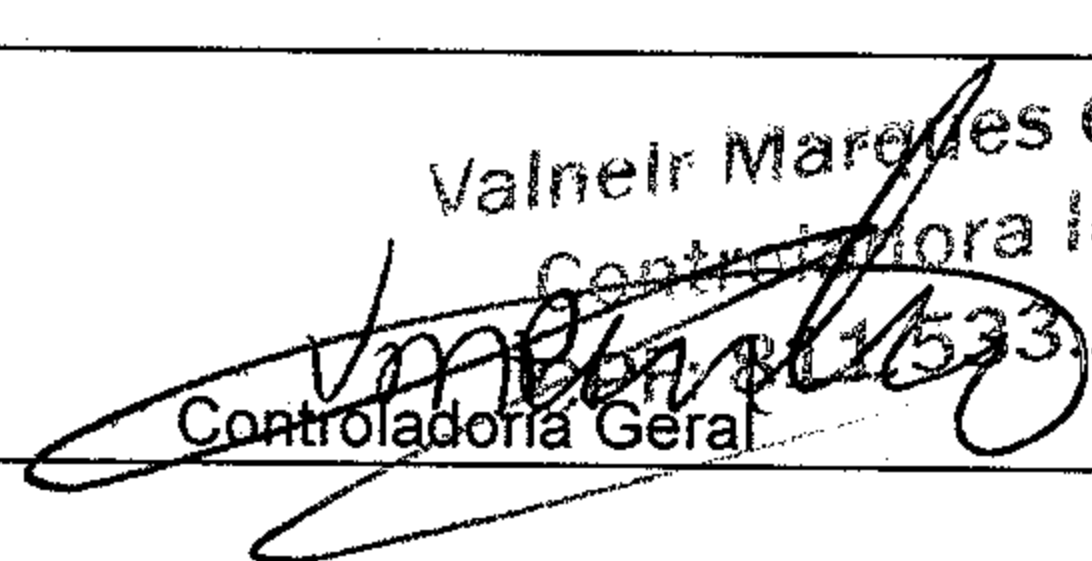
____/____/____

Assinatura

4. CONTROLADORIA

4.1 Despesa liquidada de acordo com o artigo 63, da Lei 4.320/64

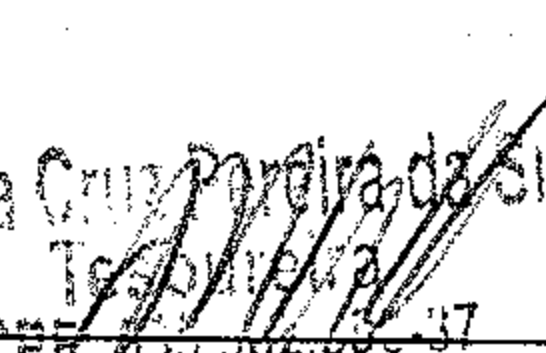
4.2. Data: 02, 06, 15


Valneir Marques de Pinho
Assinatura Controladora Interna
CPF: 050.292.343-14

5. TESOURARIA

5.1. Data:

18 JUN 2015


Maria da Cruz Pereira da Silva
Assinatura Tesoureira
CPF: 352.400.753-87



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DA FACULDADE DE MEDICINA

INSTITUTO DE ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA

Paciente: RELIO CLASSIO CARDOSO AMAR
Solicitant: 0
Data: CONV: S.J.S.
DT. NASC: 03/02/1994
CNS: 888001305984120
RGHC: _____
Finalidade: _____
LEITO: 1827
SERV: EIB
44146052K

O paciente necessita ou necessitou permanecer em repouso?

☒ SIM (especifique início e duração)
Início: 22/02/15 Duração: 20 dias

☐ NÃO

Tipo de Atendimento:

☐ Pronto Socorro
Data: ____/____/____

☐ Ambulatório
Data: ____/____/____

☒ Internação
Entrada: 27/02/15 Saída: 03/03/15

Diagnóstico: S93.3

Nome legível do Médico: André Lange Canhos

Nº C.R.M.: 169480

Data: 03/03/2015

Assinatura e carimbo do médico

André Lange Canhos
Médico
CRM-SP 169.480



ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR

Data ____/____/____



RELIO CLASSIO CARDOSO AMAR

0

CONV:

DT. NASC: 03/02/1994

CNS: 0



44146052K

LEITO:

SERV:

Guarde cuidadosamente esta folha e leve-a sempre que procurar o médico.
Aqui existem informações que poderão ser úteis em caso de emergência.

Diagnósticos:

Luxação Patelar E

Equipe Médica:

Solicitação de órtese/ prótese/ outros: () não (X) sim. Especifique: Robobest

Receita Médica: () não (X) sim

Pedido de exame: () não (X) sim

Retorno ambulatorial: Data 03/03/15 Grupo: Trauma

Assinatura e Carimbo do Médico

André Lange Canhas

André Lange Canhas
Médico
CRM-SP 169.480

Orientações de Enfermagem:

Retorno Ambulatorial: () não () sim Especialidade Trauma data: 18/03/15

Cuidados com acesso venoso: (X) não () sim

Cuidados com curativos: (X) não () sim

Fornecimento de impresso para solicitação de material na UBS: (X) não () sim

Fornecimento de impresso de encaminhamento para Fisioterapia: () não (X) sim

Fornecimento de material até retorno ambulatorial: (X) não () sim

Especificar materiais fornecidos:

Entrega de exames: (X) não () sim, especificar: _____

Recebeu as receitas médicas: () não (X) sim

Retirou medicamentos na farmácia: () não (X) sim

Recebeu as orientações para a administração dos medicamentos: () não (X) sim

Quem forneceu as orientações para a administração dos medicamentos:

(X) enfermagem () farmácia () outros _____

Outras orientações de enfermagem realizadas:

Deixar uso de Robobest, e fazer a intensificação da fisioterapia no local, orientar o PS IOT

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

Fabiana da Conceição Silva
Enfermeira
COREN-SP 376.697

Orientação do Serviço Social: () Paciente () Família Local: () Ambulatório () Enfermaria

() Previdenciária _____ () Benefícios Sociais _____

() Recursos da Rede _____

() Seguimento Serviço Social () Aderência ao Tratamento () Transporte _____

Caso de Notificação: () não () sim _____

() Outros _____

Assinatura e Carimbo do Assistente Social: _____

Orientação do Serviço de Psiquiatria e Psicologia:

Assinatura e Carimbo do Psiquiatra/Psicólogo: _____

Ciência do paciente ou responsável das orientações e cópia entregue:

Assinatura do paciente ou responsável RMC LIDSEIO

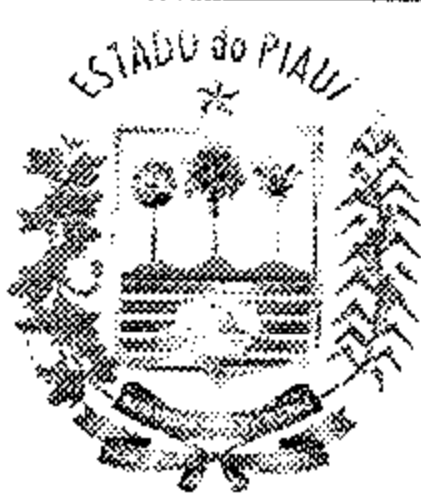
Data:

DOC ou TED Eletrônico

Debitado		
Agência	1141-X	
Conta corrente	4238-2	PSM TAPUIO 06716906000193
Creditado		
Banco	104	CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência (sem DV)	1606	BARAO DE GURGUEIA
Conta corrente (com DV)	635870	
CPF	931.831.193-15	
Nome favorecido	ANA PATRICIA CARDOSO SOUSA	
Finalidade	CREDITO EM CONTA CORRENTE	
Número documento	62.302	
Valor	300,00	
Data transferência	23/06/2015	
"C" - CNPJ diferente		
Autenticação SISBB	6E71DD67D7E41B29	
Assinada por	J8126879 MARIA DA CRUZ PEREIRA DA SILVA	23/06/2015 11:52:17
	J8126936 JOSE LINCOLN SOBRAL MATOS	23/06/2015 11:55:49

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8126936 JOSE LINCOLN SOBRAL MATOS.



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO

PRAÇA MANOEL EVARISTO PAIVA
06716906/0001-93

NOTA DE EMPENHO

619056

Tipo Empenho: OR -	Ordinario	FICHA: 463	DATA: 19/06/2015	SOLICITAÇÃO Nº:
LICITAÇÃO: DISPENSA		PROCESSO: 3004	VENCIMENTO: 23/06/2015	

NOME: ANA PATRICIA CARDOSO SOUSA

931.831.193-15

CÓDIGO: 1964

ENDEREÇO: SÃO MIGUEL DO TAPUIO

SAO MIGUEL DO TAPUIO

UF: PI

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	
02 020502 08.244.0016.2150.0000 3.3.90.48.00	PREFEITURA MUNICIPAL ASSISTENCIA - OUTROS PROGRAMAS Manutenção dos serviços de assistencia social OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOA FÍSICA	
SALDO ANTERIOR DOTAÇÃO	VALOR DESTE EMPENHO	SALDO ATUAL DOTAÇÃO
64.500,00	300,00	64.200,00
VALOR EM R\$ 300,00 trezentos reais *****		

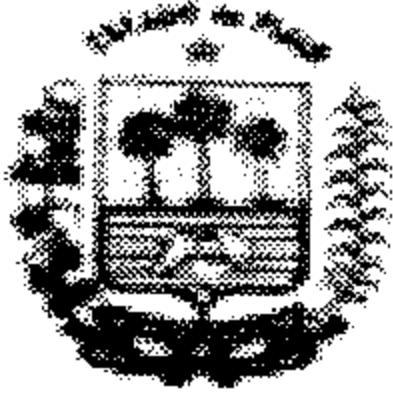
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR CORRESPONDENTE A UMA AJUDA FINANCEIRA PARA DESLOCAMENTO PARA SÃO PAULO PARA TRATAMENTO DO SEU FILHO (RELIO CASSIO CARDOSO AMARO).

ITEM	CÓDIGO	DESCR.	QTD	UNID	VLR UNIT R\$	TOTAL

FONTE DE RECURSOS: 001 TESOURO	VALOR TOTAL DOS ITENS
CODIGO DE APLICAÇÃO: 100 GERAL	
GERAL	
	300,00

Autorizo o empenho dessa despesa. Data: 19/06/2015 JOSE LINCOLN SOBRAL MATOS PREFEITO MUNICIPAL	Essa despesa foi empenhada em crédito Próprio Data: 19/06/2015 MARIA DA CRUZ PEREIRA TESOUREIRA
--	--



PREFEITURA DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO

PRAÇA MANOEL EVARISTO PAIVA

06716906/0001-93

Exercício: 2015

ORDEN DE PAGAMENTO

Página 1

ORDEN DE PAGAMENTO 05564

DATA: 23/06/2015 VENCTO: 23/06/2015 PAGTO: 23/06/2015

Credor...: ANA PATRICIA CARDOSO SOUSA

CNPJ/CPF: 931.831.193-15

Cod: 1964

Endereço: SÃO MIGUEL DO TAPUIO

Cidade...: SAO MIGUEL DO TAPUIO

CEP: 64330-000

Discriminação...:

VALOR CORRESPONDENTE A UMA AJUDA FINANCEIRA PARA DESLOCAMENTO PARA SÃO PAULO PARA TRATAMENTO DO SEU FILHO (RELIO CASSIO CARDOSO AMARO).

Valor 300,00

(trezentos reais) * * * * *

Despesa Bruta: R\$ 300,00

EMP/SUB	N.	LOCAL	FUNCIONAL	NATUREZA	VALOR	DESCONTO	LÍQUIDO
619056/1		020502	08.244.0016.2150.0000	3.3.90.48.00	R\$ 300,00	R\$ 0,00	R\$ 300,00
TOTAL					R\$ 300,00	R\$ 0,00	R\$ 300,00

Despesa Líquida: R\$ 300,00

ORDEN DE PAGAMENTO PAGUE-SE ____/____/____

José Lincoln Sobral Matos
PREFEITO MUNICIPAL

Pagamento efetuado com o(s) seguinte(s) Recurso(s):

Banco	Conta	Cheque	Valor R\$
	4.238	62.302	R\$ 300,00
TOTAL. . .			R\$ 300,00

Despesa paga em 23/06/2015 Com os recursos acima discriminados

MARIA DA CRUZ PEREIRA
TESOUREIRA

RECIBO: Recebi(emos) o valor constante deste(s) Empenho(s)

____/____/____ Ass: _____