

PREFEITURA MUNICIPAL DE TORRES

Exmo. Sr.
Prefeito Municipal de Torres

Nome: MARCIO FERNANDO DECARLI DO SILVA

CNPJ/CPF 000.349.010-60 RG 6076211496 ÓRGÃO _____

residente em TORRES, na rua CAXIAS DO SUL

Nº 895 Bairro PRAIÁ DA LAG fone: (51) 981021595

E-Mail CIGARRA NOVE GANTE@GMAIL.COM CEP 95560000

Vem através deste requerer:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baixa de Pagamento | <input type="checkbox"/> Certidão de Lançamentos |
| <input type="checkbox"/> Prescrição de Débito | <input type="checkbox"/> Certidão de Habite-se |
| <input type="checkbox"/> Revisão Cadastral | <input type="checkbox"/> Cópia de Prontuário Médico |
| <input type="checkbox"/> Providências | <input type="checkbox"/> Certidão de Perímetro Urbano |
| <input type="checkbox"/> Cópia de Processo | <input type="checkbox"/> Certidão de Demolição de Prédio |
| <input type="checkbox"/> Averbação | <input type="checkbox"/> Certidão de Nº de Prédio |
| <input type="checkbox"/> Vistoria/Troca de Veículos | <input type="checkbox"/> Certidão de Alinhamento |
| <input type="checkbox"/> Iluminação Pública | <input type="checkbox"/> Licença para Demolição de prédio |
| <input type="checkbox"/> Defesa | <input type="checkbox"/> Situação de Logradouro |
| <input type="checkbox"/> Vaga Prioritária | <input type="checkbox"/> Licença para abertura de vala e fechamento |
| <input type="checkbox"/> Devolução de Impostos | <input type="checkbox"/> Aprov. de Proj. e Licença p/ Construir |
| <input type="checkbox"/> Denúncia | <input type="checkbox"/> Autorização/Usos de Espaço Público |

Recurso

Local _____ Quadra _____ Lote _____

VENHO POR ESTE MANUSCRITO JUSTIFICAR PERDA DE
DOCUMENTO DO QUAL JÁ ESTÁ PROVIDENCIADO, TAMBÉM
SOBRE PERÍODO, MESMO ESTE O QUAL ESTIVE
HOSPITALIZADO. (MORRO DO FAROL)

Nestes termos

Pede Deferimento

Torres, 30 de NOVEMBRO de 2020.

MARCIO DECARLI

REQUERENTE

O processo permanecerá no atendimento após o parecer final pelo período de 60 dias, logo será arquivado.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DO TRABALHO, DA CIDADANIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
FUNDAÇÃO GAÚCHA DO TRABALHO E AÇÃO SOCIAL
PROGRAMA ESTADUAL DO ARTESANATO/CASA DO ARTESÃO



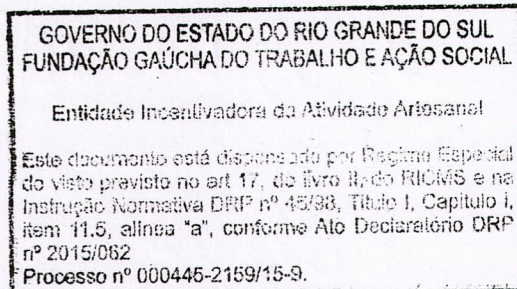
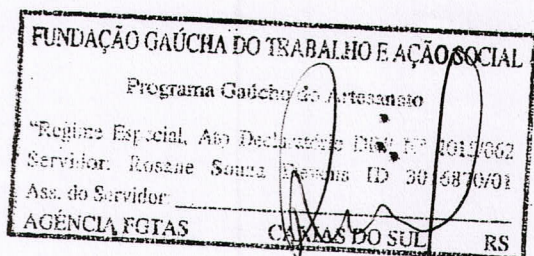
ATESTADO

Nº 018/20

Atestamos, para os devidos fins, que Márcia Fernando D. da Silva, Artesão(a) cadastrado(a) nesta Fundação, conforme código nº 38402, nas matérias-primas Metal / Bijuteria - Resina / Durepox Resina / Made - Sucata / Metal.

e de acordo com o *Decreto nº 37699, Art. 9º Inciso LXVII e Seção 13, Capítulo 1º da Instrução Normativa CGICM nº 01/81*, tem direito a comercializar seus produtos emitindo Notas Fiscais com isenção de ICMS.

O presente atestado terá validade por 30 (trinta) dias a contar da data de sua assinatura. Torres 01/12/2020



CASA DO ARTESÃO – Avenida Júlio de Castilhos, 2555 – Caxias do Sul / RS
CEP 95.001-970 – Fone: 3221-0770



NOME DO PACIENTE: MARCIO FERNANDO DECARLI DA SILVA

SEXO: Masculino

DATA NASCIMENTO: 19/12/1979

MÃE DO PACIENTE: BEATRIZ CECILIA DECARLI

PRONTUARIO: 0001430182

IDADE: 40 Anos 11 Meses 6 Dias **CONVÊNIO:** SUS - INTERNACAO

ATENDIMENTO: 06948733

MÉDICO ASSISTENTE: LAIS SALVADOR CECHINEL

DATA ATENDIMENTO: 13/11/2020

12:28 UNIDADE INTERNAÇÃO: UNID INTER. PSIQUIATRICA HNSN

LEITO: ENF.104E

Diretor Técnico Médico - Dr:

NOTA DE ALTA

CID da Internação: F102 - TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE ÁLCOOL - SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA

CID da Alta: F10 - TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE ALCOOL

Procedimentos Realizados:

Data | Cirurgião Responsável | CREMERS | Cirurgia

Exames Relevantes:

Plano Terapêutico:

AS ACIMA

Complicações do Tratamento:

Orientações da Alta (deixar apenas orientações dadas ao paciente):

ENCAMINHADO À REABILITAÇÃO

Observações referente as orientações da alta:

PACIENTE MARCIO FERNANDO DECARLI DA SILVA, INTERNADO HA 12 DIAS, EVOLUIU BEM DURANTE A INTERNAÇÃO, SEM INTERCORRENCIAS NO PERÍODO. RECEBE ALTA LUCIDO E ORIENTADO, COM JUÍZO CRÍTICO PRESERVADO. DEVERÁ SEGUIR EM ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR NO CAPS DE TORRES, PARA PREVENÇÃO DE RECÍDIVA DE SINTOMAS. COMO APRESENTOU ALTERAÇÕES EM FUNÇÃO HEPÁTICA NA INTERNAÇÃO, FOI MEDICADO DENTRO DO POSSÍVEL, COM INTENÇÃO DE AJUSTE AMBULATORIAL, E COM A SUGESTÃO DE ACOMPANHAMENTO COM EXAMES LABORATORIAS DA MESMA. SEGUIR EM USO DE: CARBAMAZEPINA 200MG/NOITE, DIAZEPAM 10MG 1/2CP MANHA E TARDE E 1CP A NOITE, TIAMINA 300MG/DIA POR MAIS 10 DIAS.

Medicações da alta:

Reavaliação médica em:

Resultado do Tratamento: ALTA MELHORADO

Data da Alta: 25/11/2020 10:31

Permanência: 12 dia(s)

Dra. Laís Salvador Cechinel
Médica - Psiquiatra
CRMRS - 40937 / RQE - 36992

LAIS SALVADOR CECHINEL: CRM - 40937

Médico (a)

Sinto,

de acordo com o item 4.2 do edital, os documentos obrigatoriamente deverão ser apresentados no momento do credenciamento do interessado.

No caso em tela, o interessado deixou de apresentar documentos obrigatórios razão pela qual opino pelo improcedimento do recurso e prosseguimento do certame.

Bras, 07/12/2020.

Amefinder