



BARRA DO GARÇAS Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

APROVADO POR UNANIMIDADE
Em sessão de 17, 04, 07
Neuza

PROTOCOLO

Protoc. n.º 181, Liv. 204 Fls. 017, em 17, 04, 07

Horas: 16:25

Neuza

Funcionário

- Projeto de Lei
- Projeto Decreto Legislativo
- Projeto de Resolução
- Requerimento
- Indicação
- Moção de
- Emenda

N.º
100/2007

AUTOR: Vereadora **ANTÔNIA JACOB BARBOSA** – PPS (1ª Secretária)

Senhor Presidente:

Indico à Mesa, após cumprimento das formalidades regimentais e deliberação do Plenário, seja enviado expediente ao SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, solicitando atendimento à Sra. MARGARETH RIBEIRO DA SILVA, residente No bairro Santo Antonio, que sendo paciente com diagnóstico de epilepsia, necessita de exame de eletroencefalograma.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., em 17 de abril de 2007.

Antônia Jacob Barbosa
ANTÔNIA JACOB BARBOSA
Vereadora – PPS / 1ª Secretária

JUSTIFICATIVA

Senhor Presidente,
Senhores Vereadores:

Eis o apelo de cidadãos e cidadãs, munícipes barra-garcense, que em razão da precária situação financeira, passam por dificuldades diversas, principalmente no que tange à saúde.

É o caso da Sra. MARGARETH, residente no bairro Santo Antonio, sendo paciente com diagnóstico de epilepsia, necessita de eletroencefalograma, para restabelecer sua saúde.

Diante das dificuldades aparentes, essa cidadã solicita nossos esforços, para buscar apoio do Poder Público, pois a saúde é essencial tanto quanto, a própria necessidade de viver.

Assim sendo, esperamos contar com a atenção do ilustre Secretário, no atendimento desse nosso pedido.

ANTÔNIA JACOB BARBOSA

Vereadora – PPS / 1ª Secretária

C-819



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA REGIONAL DE REFERÊNCIA - SRR - SUS
COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE REGIONAL - CIBR



FORMULÁRIO DE
SOLICITAÇÃO DE EXAME
DE LABORATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome	Município	Distrito
PSF Santo Antônio I	Barra do Garças	m.T

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Data de Nascimento	Idade
Margarete Ribeiro da Silva		
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço
MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>		
Bairro	CEP	Cidade
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

--

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

Epilepsia

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:	
EEG	
Assinatura e carimbo do Médico	Data da Assinatura
	13/04/07

Dr. Rosângela Soares Leão
MÉDICO CRM-47 820

DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS

Assinatura e carimbo do autorizador	Data da Assinatura

DA UNIDADE PRESTADORA

Nome da Unidade Prestadora	Data e Horário da Realização do Exame
Assinatura e Carimbo do Prestador	