



Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

APROVADO POR UNANIMIDADE

Em sessão de 17 / 04 / 07

PROTOCOLO

Protoc. n.º 162, Liv. 20A Fls. 012, em 17/04/07

Horas: 19:12

Funcionário

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

N.º
101 /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. BERENICE NASCIMENTO DE SOUZA – 60 anos, residente na rua Basílio Dourado, 716, fone: 3401-4366, Santo Antonio, que necessita de um exame de Raio X, dos joelhos.

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

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. BERENICE, residente no bairro Santo Antonio, necessita com urgência, do exame de Raio X, dos joelhos, 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

34018421 - R. 15



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FORMULÁRIO DE
SOLICITAÇÃO
DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

P-705

Nome	Município	Distrito

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Data de Nascimento	Idade
José Luiz Laum	13/07/97	
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço
MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input checked="" type="checkbox"/>		
Bairro	CEP	Cidade
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

--

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

Artrose de fêmur ?

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:

Raio X Tipo: fêmur D e E USG Tipo: _____

Tomografia Tipo: _____ Ressonância Magnética Tipo: _____

Cintilografia Tipo: _____

Colonoscopia Endoscopia Retossigmoidoscopia Ecocardiograma Densitometria ECG

Litotripsia Mamografia Teste Ergométrico Mapa Holter

Outros - Especificar: _____

Patologia Clínica Marcadores Tumorais Tipo: _____ Teste do Pezinho

Assinatura e carimbo do Médico Data da Assinatura

Dr. José Luiz Laum 09/04/02

Tratado Ortopedia CRM-MT 150

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