APROVADO POR UNANIMIDADE
Em sessão de 17 / 04 / 07

Câmara Municipal de BARRA DO GARÇAS Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

PROTOCOLO

Protoc. n.º 163, Liv. 204 Fls. 017, em 17/04/07

Horas: 19:25

Funcionário

- [ ] Projeto de Lei
- [ ] Projeto Decreto Legislativo
- [ ] Projeto de Resolução
- [ ] Requerimento
- [x] Indicação
- [ ] Moção de
- [ ] Emenda

N.º 102/2007

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. MARLENE RITA FURTADO – 42 anos, residente na rua Basílio Dourado, bairro Santo Antonio,fone: 9207-5025, que necessita de exame de Raio X, da coluna cervical, dorso lombar. (atualmente anda de cadeira de rodas)

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. MARLENE, residente no bairro Santo Antonio, **que necessita de exame de Raio X, da coluna cervical, dorso lombar. (atualmente anda de cadeira de rodas)**

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.

ANTONIA JACOB BARBOSA
Vereadora – PPS / 1ª Secretária

Barra do Garças

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

SUS Sistema Único de Saúde

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome	Município	Distrito

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Data de Nascimento	Idade
Maria Rita Furtado	3/08/64	42

Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço
MASC. ☐ FEM. ☒		

Bairro	CEP	Cidade	UF

Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

Coxalgia + Lombalgia + [illegible]

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:

- ☒ Raio X — Tipo: Coxa Coxa
- ☐ Tomografia — Tipo: Coxa Lombar
- ☐ Cintilografia — Tipo:
- ☐ Colonoscopia ☐ Endoscopia ☐ Retosigmoidoscopia ☐ Ecocardiograma ☐ Densitometria ☐ ECG
- ☐ Litrotripsia ☐ Mamografia ☐ Teste Ergométrico ☐ Mapa ☐ Holter
- ☐ Outros - Especificar:

Patologia Clínica ☐ Marcadores Tumorais Tipo: ☐ Teste do Pezinho

☐ USG Tipo: ☐ Ressonância Magnética Tipo:

Assinatura e carimbo do Médico	Data da Assinatura
	20/03/07

DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS

Assinatura e carimbo do autorizador	Data da Assinatura
Dr. José Luiz Lima Traumato Ortopedia CRM-MT 1537	

DA UNIDADE PRESTADORA

Nome da Unidade Prestadora	Data e Horário da Realização do Exame