



BARRA DO GARÇAS Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

PROTOCOLO

Protoc. n.º 236, Liv. 20 A Fls. 25^v, em 15/05/07

Horas: 14:33



Funcionário

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

N.º
134 /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 Deputado HUMBERTO BOSAIPO, solicitando sua gestão junto à Central de Regulação, no sentido de tratamento cirúrgico (neurocirurgião) do Sr. NILSON ALVES FERREIRA, portador da Carteira de Identidade RG n.º 668593 SSP/GO, cuja solicitação foi feita em 05 de fevereiro de 2007.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., em 14 de maio 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 do Sr. NILSON, residente no bairro Vila Maria, que necessita com urgência de atendimento para restabelecer a 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.


ANTONIA JACOB BARBOSA
Vereadora – PPS / 1ª Secretária

3407 1453

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE

CENTRAL DE REGULAÇÃO - BARRA DO GARÇAS

FICHA DE AGENDAMENTO DE CONSULTA / EXAME

Nome		Data Nascimento		Sexo	
Wilson Alves Ferreira		12.06.57		M	
Nome Mãe					
Jeni Mariana Ferreira		Emedina Alves Ferreira			
Nº RG		Nº CPF			
6685 93 - 60		240.499.561-87			
Endereço		Bairro			
Rua Alexandre		V. Maria			
Município de Residência		Telefone			
BARRA FERREIRA - FAL		Data da Solicitação			
Médico Solicitante		Nº CRM			
Médico Solicitante		Unidade Solicitante			
Médico Solicitante		CID			
Exame / Consulta		Relatório		Tipo Exame / Especialidade	
Exame / Consulta		Relatório		Tipo Exame / Especialidade	
Local de Realização		Data Realização		Horário	
Local de Realização		Data Realização		Horário	

Estimado
aut.
21 ORAMA
de pag

Sela