



Câmara Municipal de

BARRA DO GARÇAS

Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

APROVADO POR UNANIMIDADE  
Em sessão de 29 / 05 / 07  
*[Signature]*

PROTOCOLO

Protoc. n.º 264, Liv. 20ª Fls. 29, em 22/05/07

Horas: 15:02

*[Signature]*  
Funcionário

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

N.º  
165/2007

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 ao Sr. VALDIVINO MOREIRA ALVES – 55 anos, residente na rua B, n.º 1.543, bairro Anchieta, que necessita de exame de PSA e Controle da Próstata.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., em 21 de maio de 2007.

*[Signature]*  
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. VALDIVINO, residente no bairro Recanto das Acácias, que necessita de exame de PSA e ultra-som da Próstata, 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.

  
**ANTÔNIA JACOB BARBOSA**

Vereadora – PPS / 1ª Secretária

Page 5



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



FORMULÁRIO DE  
SOLICITAÇÃO  
DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome	Município	Distrito
Psf. Anchieta	Barra do Garças	MT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Data de Nascimento	Idade
Waldilino Moura Alves	03/07/51	55
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço
MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>		Rua B 1543
Bairro	CEP	Cidade
Jd. Anchieta	78.600.000	Barra do Garças
Bairro	Assinatura do Paciente	UF
		MT
		Data da Assinatura

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

[Empty box for previous exams]

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

Conteúdo prostata

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:

<input type="checkbox"/> Raio X	Tipo: _____	<input checked="" type="checkbox"/> USG Tipo: Prostata
<input type="checkbox"/> Tomografia	Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Ressonância Magnética Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Cintilografia	Tipo: _____	
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> Retosigmoidoscopia
<input type="checkbox"/> Litotripsia	<input type="checkbox"/> Mamografia	<input type="checkbox"/> Teste Ergométrico
<input type="checkbox"/> Outros - Especificar: _____		<input type="checkbox"/> Ecocardiograma
		<input type="checkbox"/> Densitometria
		<input type="checkbox"/> ECG
		<input type="checkbox"/> Mapa
		<input type="checkbox"/> Holter
Patologia Clínica	<input type="checkbox"/> Marcadores Tumorais Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Teste do Pezinho
Assinatura e carimbo do Médico	Data da Assinatura	
<i>Dra. Raquel G.V. Palhares</i> Enfermeira COREN - MT 112127	03/05/07	

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



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



**C-819**  
FORMULÁRIO DE  
SOLICITAÇÃO DE EXAME  
DE LABORATÓRIO

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Nome	Município	Distrito
PSF Anchieta	Barra do Garças	MT

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome	Data de Nascimento	Idade
Uldarino Moreira Alves.	03/07/51	55
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço
MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>		Rua B. 1543
Bairro	CEP	Cidade
Jd. Anchieta	78660-000	Barra do Garças
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura

**EXAMES ANTERIORES REALIZADOS**

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID**

Controle Prostata

**DA SOLICITAÇÃO**

Exame Solicitado:  
PSA

Assinatura e carimbo do Médico: *Dra. Raquel G.V. Palhares*  
Enfermeira  
COREN - MT 112127

Data da Assinatura: 21/05/07

**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	

Rua B No 15-53.  
Bairro Indioete

34051740

IDENTIFICACION DE LA UNIDAD

IDENTIFICACION DE LA UNIDAD

EXAMEN Y VERIFICACION DE LA UNIDAD

IDENTIFICACION DE LA UNIDAD

IDENTIFICACION DE LA UNIDAD