



Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

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

PROTOCOLO

Protoc. n.º 285, Liv. 20A Fls. 32, em 29/05/07

Horas: 13:00

[Assinatura]
Funcionário

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

N.º
179/2007

AUTOR: Vereadora SÔNIA NUNES DOS SANTOS - PSDB

Senhora Presidente:

Indico à Mesa, após cumprimento das formalidades regimentais e deliberação do Plenário, seja enviado expediente ao SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, solicitando seu empenho na autorização da realização de exame de mamografia, em favor da paciente Sra. MARIA DE LOURDES DALLA LIBRERA, residente na rua das Hortências, n.º 808, n o bairro Jardim das Mangueiras.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., em 28 de maio de 2007.

SÔNIA NUNES DOS SANTOS
Vereadora - PSDB

tirar ① cópia do anexo

JUSTIFICATIVA

Senhor Presidente,
Senhores Vereadores:

Trata-se de uma ação emergencial, em virtude da gravidade do caso, visto que a Sra. MARIA LOURDES, faz o controle semestral, pois já possui histórico de câncer na família e por isso há uma preocupação muito grande e a necessidade de se fazer esse importante exame.

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


SÔNIA NUNES DOS SANTOS

Vereadora - PSDB



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



51
 FORMULÁRIO DE
 SOLICITAÇÃO
 DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: **PSF - JARDIM DAS MANGUEIRAS** Município: **U-968** Distrito: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **Maria Leandes Dalla Peibera** Data de Nascimento: **03/04/56** Idade: _____
 Sexo: MASC. FEM. Nº Cartão SUS: _____ Endereço: **Rua: Das Hortências Nº 808**
 Bairro: **Jardim das Mangueiras** CEP: _____ Cidade: **Barra do Garças** UF: **MT**
 Assinatura do Paciente: _____ Data da Assinatura: _____

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

oro: Rt sintaxe ~ controle por mamografias

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

Família com histórico de C.A. de mama

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:

Raio X Tipo: _____ USG Tipo: _____
 Tomografia Tipo: _____ Ressonância Magnética Tipo: _____
 Cintilografia Tipo: _____
 Colonoscopia Endoscopia Retosigmoidoscopia Ecocardiograma Densitometria ECG
 Litotripsia Mamografia Teste Ergométrico Mapa Holter
 Outros - Especificar: _____

Patologia Clínica Marcadores Tumorais Tipo: _____ Teste do Pezinho

Assinatura e carimbo do Médico: *Dr. Dalton Siqueira* Data da Assinatura: **28/05/09**
 C.R.M. 604.431-20
 C.R.M. (C) 542 C.R.M. MT 1914

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: _____