



Câmara Municipal de

BARRA DO GARÇAS

Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

APROVADO POR UNANIMIDADE

Em sessão de 05/06/07

PROTOCOLO

Protoc. n.º 326, Liv. 204 Fls. 38, em 04/06/07

Horas: 17:29

Funcionário

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

N.º 203/2007

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 atendimento ao Sr. FRANCISCO BRUNACCI NETO, 57 anos, que necessita de exame de ultra-sonografia da Próstata.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., em 30 de maio de 2007.

SÔNIA NUNES DOS SANTOS
Vereadora - PSDB

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. FRANCISCO BRUNACCI NETO, 57 anos, que necessita de exame de ultra-som da Próstata, para restabelecer a sua saúde.

Diante das dificuldades aparentes, esse cidadão solicita nossos esforços, para buscar apoio do Poder Público, pois a saúde é essencial tanto quanto, a própria necessidade de viver.

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


SÔNIA NUNES DOS SANTOS
Vereadora - PSDB



Barra do Garças
Cidade Melhor Para Todos
PREFEITURA MUNICIPAL

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 - JARDIM DAS MANGUEIRAS	B. Garças	MT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Data de Nascimento	Idade
Francisco Brunacci Neto	29/08/49	57
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço
MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>		Rua: 5 nº 341
Bairro	CEP	Cidade
Jd. Mangueiras	78.600.000	B. Garças
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura
	O mesmo	09/11/06

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

--

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

--

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:

<input type="checkbox"/> Raio X	Tipo: _____	<input checked="" type="checkbox"/> USG Tipo: <u>Prostata</u>
<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"/> Retossigmoidoscopia
<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

Dalton Siqueira
CPF 058.604.431-20
CRM-GO 542 - CRM-MT 1914

Data da Assinatura: 09/11/06

DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS

Assinatura e carimbo do autorizador	Data da Assinatura
<i>Filipe</i>	10/11/06

DA UNIDADE PRESTADORA

Nome da Unidade Prestadora	Data e Horário da Realização do Exame
<i>Cevop</i>	29/11/06 22/05/07 - 11:00hs
Assinatura e Carimbo do Prestador	