



Câmara Municipal de

**BARRA DO GARÇAS**

Ano 2007

Estado de Mato Grosso

**Plenário das Deliberações**

APROVADO POR UNANIMIDADE  
Em sessão de 12/06/07  
*Czrouse*

PROTOCOLO

Protoc. n.º 357, Liv. 20A Fls. 42<sup>o</sup>, em 11/06/07

Horas: 16:45

*Czrouse*

Funcionário

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

N.º  
226/2007

AUTOR: Vereador **RONALDO DE ALMEIDA COUTO** - 2º Secretário

Senhor Presidente:

Indico à Mesa, após cumprimento das formalidades regimentais e deliberação do Plenário, seja enviado expediente ao SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, solicitando providências no sentido de atendimento dos pacientes abaixo relacionados:

- Sra. **ALESSANDRA BORGES COUTO**, rua 13, n.º 178, Jardim Piracema – Exame Oftalmológico, fone p/ contato: 8404-7047.
- Sra. **CASSIA BORGES COUTO**, rua 13, n.º 178, Jardim Piracema – Exame Oftalmológico, fone p/ contato: 8404-7047.
- Sra. **NILDACI MARIA BUENO**, rua Wilmar Peres, s/n, bairro Mangueiras – Exame Oftalmológico, fone contato 3401-1183.
- Sr. **ROGÉRIO BUENO MENDES**, rua Adelino Souza Lira, n.º 562, bairro Santo Antonio – Exame Oftalmológico.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., em 11 de junho de 2007.

*Rout*

**RONALDO DE ALMEIDA COUTO**

Vereador - 2º Secretário

Membro da Comissão de Economia e Finanças

Presidente da Comissão de Educação, Cultura, Saúde e Assist. Social

www.ronaldocouto.com

JUSTIFICATIVA  
Senhor Presidente,  
Senhores Vereadores:

Eis o apelo de cidadãos, munícipes barra-garcense, que em razão da precária situação financeira, passam por dificuldades diversas, principalmente no que tange à saúde.

São pessoas que dependem dos serviços da saúde pública, para amenizar suas dores e sofrimentos, pois pela própria condição, não têm acesso à rede privada, restando-lhes apenas recorrer ao SUS.

Diante das dificuldades aparentes, esses cidadãos solicitam 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.



**RONALDO DE ALMEIDA COUTO**

Vereador - 2º Secretário

Membro da Comissão de Economia e Finanças

Presidente da Comissão de Educação, Cultura, Saúde e Assist. Social

[www.ronaldocouto.com](http://www.ronaldocouto.com)

Z-748 Jul 22/01



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



# GUIA DE REFERÊNCIA

LADO 1

Município:	Especialidade solicitada:
Barra do Garças p.s.r. ps. saúde	ORTOMUNDO LISTA

### I - Identificação do paciente

Nome	Idade	
Cassia Borges Couto	9	
RG:	Sexo	Ocupação
	F.	Estudante

Endereço:	Endereço:
Av. ps. saúde	Rua: 13 n. 148

Nome do Responsável:

Dr. Eunice Vieira dos Santos

### II - Justificativa de Referência:

História pregressa e quadro clínico:

---



---



---

Diagnóstica ou hipótese diagnóstica:

---



---

Conduta Terapêutica:

---



---

### III - Motivo do encaminhamento:

<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Confirmação diagnóstica	<input type="checkbox"/> Tratamento
<input type="checkbox"/> Segmento	<input checked="" type="checkbox"/> Outra especialidade	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Outros (Especificar) _____		

### IV - Nome do profissional solicitante:

CRM: MT 1004

COREN: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dr. João Bosco M. Morbeck**  
CRM-MT 1004 - CPF 045.911.781/53

### V - Agendamento

Unidade: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do responsável pelo agendamento: \_\_\_\_\_

Data do preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Unidade onde foi completado o atendimento:

--

Unidade de Origem

Unidade de Destino:

--

--

### RELATÓRIO DA UNIDADE DE DESTINO

Atendido o paciente nesta unidade, estamos encaminhando o presente relatório com a descrição dos procedimentos realizados, as conclusões diagnósticas e as condutas sugeridas para o acompanhamento.

Conduta Adotada:

--

Diagnóstico (s):

--

Recomendações para o acompanhamento:

--

**Ao retornar a unidade de atendimento especializado, o paciente deverá trazer esta ficha para orientação do médico especialista**

Local e Data:

Assinatura e carimbo do Médico que atendeu ao encaminhamento

--

--