



Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

PROTOCOLO

Protoc. n.º 418, Liv. 26ª Fls. 51, em 25/06/07

Horas: 14:48

Funcionário

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

N.º
276 /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 - Dr. ADALBERTO METELLO, solicitando seu apoio, no sentido autorizar a realização de exame de Raio X (Tórax) para o Sr. IDEVALDO RODRIGUES MENDONÇA, de acordo com pedido médico em anexo.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., em 22 de junho de 2007.

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 sua 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

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome	Município	Distrito

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome		Data de Nascimento	Idade
Idevaldo Rodrigues Mendonça			
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço	
MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>			
Bairro	CEP	Cidade	UF
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura	

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

Controle de Pneumofatia

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:

Raio X Tipo: Tórax 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  Data da Assinatura 14/05/17

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	