



Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

APROVADO POR UNANIMIDADE  
Em sessão de 03/07/07  
*Sônia Nunes dos Santos*

PROTOCOLO

Protoc. n.º 456, Livro 01 Fls. 55<sup>v</sup>, em 03/07/07

Horas: 14:10

*Sônia Nunes dos Santos*  
\_\_\_\_\_  
Funcionário

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

N.º  
297 /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 autorização para realização do exame Ecodopplercardiograma, à Sra. MARILZA S. SANTOS FREITAS, de acordo com cópia do pedido médico em anexo.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., em 27 de junho de 2007.

**SÔNIA NUNES DOS SANTOS**  
Vereadora - PSDB

*Sônia Nunes dos Santos*



IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE

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 da Sra. MARILZA SANTOS FREITAS, que é acometida de problemas cardíacos e necessita de exame acima mencionado, 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





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



FORMULÁRIO DE  
SOLICITAÇÃO DE EXAME  
DE LABORATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome	Município	Distrito
URRES		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Data de Nascimento	Idade
Maria S. Santos Freitas	03/08/73	33
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço
MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input checked="" type="checkbox"/>		R. Pinar s. Domet
Bairro	CEP	Cidade
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

. Neuropatia mito. cística  
 . Interação do sistema de ICC descompensado  
 . Provas inflamatórias alteradas

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:

Eosinofilia e anemia trans eufórica

Assinatura e carimbo do Médico

Data da Assinatura

17/02/07

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