



Câmara Municipal de

Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

APROVADO POR UNANIMIDADE
Em sessão de 03 / 07 / 07
[Handwritten signature]

PROTOCOLO

Protoc. n.º 469, Liv. 20A Fls. 57, em 03/07/07

Horas: 14:35

[Handwritten signature]
Funcionário

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

N.º
307 / 2007

AUTOR: Vereadora **SÔNIA NUNES DOS SANTOS - PSDB**

Senhor Presidente:

Indico à Mesa, após cumprimento das formalidades regimentais e deliberação do Plenário, seja enviado expediente ao SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, solicitando atendimento à paciente Sra. RHAYANE M. B. DO PRADO, residente na rua Jasmim, 1.010, bairro jardim das Mangueiras, disponibilizando os exames de acordo com o pedido médico em anexo.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., em 03 de julho de 2007.

SÔNIA NUNES DOS SANTOS
Vereadora - PSDB

[Handwritten signature]

JUSTIFICATIVA

Senhor Presidente,
Senhores Vereadores:

Eis o apelo de um cidadão barra-garcense, que em razão da precária situação financeira, passam por dificuldades diversas, principalmente no que tange à saúde, busca o apoio do Poder Público.

A paciente RHAYANE M. B. DO PRADO, é pessoa de baixa renda e necessita com urgência desse exame para, dar continuidade ao seu tratamento e garantir melhor qualidade de vida.

Assim sendo, esperamos contar com a atenção do ilustre Secretário, no atendimento desse nosso pedido, aproveitando a oportunidade, para parabenizá-lo pelo excelente desempenho frente àquela pasta.



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
PSF - JARDIM DAS MANGUEIRAS	B. Garças	MT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Data de Nascimento	Idade
Rhayana M. B. do Prado	14/11/80	16
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço
MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input checked="" type="checkbox"/>		Rua. L. S. ... Nº 1010
Bairro	CEP	Cidade
Jd. Mangueiras	13600000	B. Garças
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura
	Manuella B. do Prado	28/11/06

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado: *Hemograma completo, TSH*, T4 livre*, Prolactina, Calcitonina**
*TFT Test**

Assinatura e carimbo do Médico: *[Signature]* Data da Assinatura: *27/11/06*

DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS

Assinatura e carimbo do autorizador: *[Signature]* Data da Assinatura: *27/11/06*

DA UNIDADE PRESTADORA

Nome da Unidade Prestadora: *laboratório* Data e Horário da Realização do Exame: *01/12/06 6:40*

Assinatura e Carimbo do Prestador: *[Signature]*