



Câmara Municipal de

BARRA DO GARÇAS

Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

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

PROTOCOLO

Protoc. n.º 470, Liv. 20A Fls. 57, em 03/07/07

Horas: 14:37

*[Handwritten Signature]*  
Funcionário

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

N.º 308/2007

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 ao paciente Sr. JOÃO FERREIRA LIMA, residente na rua Borges, s/n, bairro jardim das Mangueiras, disponibilizando o exame de Raio X, 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.

O paciente JOÃO FERREIRA LIMA, 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

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome	Município	Distrito
PSF Jd. das mangueiras		Barra do Garças

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Data de Nascimento	Idade
Isac Fereiro Lima	06/06/46	63A
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço
MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>		Avenida Berçoyes S/n
Bairro	CEP	Cidade
Jd. das mangueiras	78.600.000	B. Garças
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura
Jd. das mangueiras		03/10/07

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

Artrite  
 do joelho

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado: Rx. joelho AP+P/Rx. joelho lateral AP+P

Raio X      Tipo: \_\_\_\_\_       USG Tipo: \_\_\_\_\_  
 Tomografia      Tipo: \_\_\_\_\_       Ressonância Magnética Tipo: \_\_\_\_\_  
 Cintilografia      Tipo: \_\_\_\_\_  
 Colonoscopia       Endoscopia       Retossigmoidoscopia       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

*Dr. Marcos Vinícius Faria N. dos*  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM 4407-6/7      29/8/07

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	