



Câmara Municipal de

BARRA DO GARÇAS

Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

APROVADO POR UNANIMIDADE

Em sessão de 10 / 07 / 07

PROTOCOLO

Protoc. n.º 489, Liv. 20 A Fls. 59, em 10/07/07

Horas: 13:07

Funcionário

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

N.º 316/2007

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 atender a cidadã Sra. CORY GOMES DE OLIVEIRA, residente na rua Hermano Ribeiro, Santo Antonio, que necessita de um exame de Raio X (coluna Cervical) de acordo com prescrição médica em anexo

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., em 09 de julho 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



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



FORMULÁRIO DE
SOLICITAÇÃO
DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome	Município	Distrito

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Data de Nascimento	Idade	
<i>Lory Gomes dos Oliveira</i>			
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço	
MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input checked="" type="checkbox"/>		<i>Rua Fernando Zibain</i>	
Bairro	CEP	Cidade	UF
<i>Sto Antonio</i>	<i>78.600.000</i>	<i>B. Garças</i>	<i>MT</i>
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura	

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

--

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

<i>Amigdalite tonsilar</i>

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado: <i>Rx e tomografia AP+P/Ra. e tomografia AP+P</i>					
<input checked="" type="checkbox"/> Raio X Tipo: _____	<input type="checkbox"/> USG Tipo: _____				
<input type="checkbox"/> Tomografia Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Ressonância Magnética Tipo: _____				
<input type="checkbox"/> Cintilografia Tipo: _____					
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> Retossigmoidoscopia	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Densitometria	<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Litotripsia	<input type="checkbox"/> Mamografia	<input type="checkbox"/> Teste Ergométrico	<input type="checkbox"/> Mapa	<input type="checkbox"/> Holter	
<input type="checkbox"/> Outros - Especificar: _____					
Patologia Clínica	<input type="checkbox"/> Marcadores Tumorais Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Teste do Pezinho			
Assinatura e carimbo do Médico	Data da Assinatura				
<i>Dr. [Signature]</i>	<i>06/07/07</i>				

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	