



Ano 2007

Estado de Mato Grosso

**Plenário das Deliberações**

APROVADO POR UNANIMIDADE  
Em sessão de 10 / 07 / 07  
*[Handwritten signature]*

PROTOCOLO

Protoc. n.º 506, Liv. 20 FIs. 61, em 10/07/07

Horas: 16:13

*[Handwritten signature]*  
Funcionário

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

N.º  
332/2007

AUTOR: Vereadora **ANTÔNIA JACOB BARBOSA** – PR (1ª Secretária)

Senhor Presidente:

Indico à Mesa, após cumprimento das formalidades regimentais e deliberação do Plenário, seja enviado expediente ao SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, solicitando atendimento para a Sra. FRANCINETE MIGUEL DA SILVA, residente na rua F, bairro Vila Maria, fone: 3405-5298, concedendo-lhe autorização para realização de exame de Raio X da Coluna Vertebral, conforme pedido médico em anexo.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT.,  
em 09 de julho de 2007.

*[Handwritten signature]*  
**ANTÔNIA JACOB BARBOSA**

Vereadora – PR / 1ª Secretária

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. FRANCINETE, que necessita desse exame e por ser pessoa de baixa renda, não dispõe de recursos financeiros para custear tais despesas.

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, esperamos contar com a atenção do ilustre Secretário, no atendimento desse nosso pedido.

  
**ANTÔNIA JACOB BARBOSA**  
Vereadora – PR / 1ª Secretária

44

22026-01



Barra do Garças  
Belo e Melhor Para Todos

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>Francinete Maria de Souza</i>	<i>26/10/55</i>	<i>51</i>
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço
MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input checked="" type="checkbox"/>		
Bairro	CEP	Cidade
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

*Artrite + bursite*

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:

Raio X *Coluna cervical / 3 vistas*

Tomografia *Coluna cervical / 3 vistas*

Cintilografia

Colonoscopia

Litotripsia

Outros - Especificar: \_\_\_\_\_

Endoscopia

Retossigmoidoscopia

Ecocardiograma

Mapa

Ressonância Magnética Tipo: \_\_\_\_\_

Densitometria

ECG

Holter

Patologia Clínica

Marcadores Tumorais Tipo: \_\_\_\_\_

Teste do Pezinho

Assinatura e carimbo do Médico *Dr. José Luiz Luchini*

Data da Assinatura *10/01/07*

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

Encl- Rua E Adre = Lote. n°.

Barro Lote Juana

Santato, Telefone = 34055238

Handwritten signature or mark at the bottom of the page.