



Câmara Municipal de

BARRA DO GARÇAS

Ano 2007

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

APROVADO POR UNANIMIDADE
Em sessão de 28/08/07
Leandro

PROTOCOLO

Protoc. n.º 426, Liv. 20A Fls. 76, em 28/08/07

Horas: 19:20

Mônica Marito

Funcionário

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

N.º
409/2007

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 ao Sr. SEBASTIÃO ANTONIO SANTOS, residente na rua dos Cravos, n.º 123, bairro Recanto das Acácias, que necessita de medicamentos, de acordo com o pedido médico em anexo.

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

Antônia Jacob Barbosa
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 do Sr. SEBASTIÃO ANTONIO SANTOS, que necessita de medicamentos, para restabelecer sua saúde.

Diante das dificuldades aparentes, essa cidadã 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.


ANTONIA JACOB BARBOSA
Vereadora - PR / 1ª Secretária



Estado de Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS
Secretaria Municipal de Saúde
Programa Saúde da Família



Barra do Garças
Bela e Melhor Para Todos
PREFEITURA MUNICIPAL

Sebastião Antônio da Silva

Uso

Lasartava (100) - uso contínuo

1 q/dia

136

115
08

07

DR. JOSÉ H. DE SOUZA MEDEROS
CARDIOLOGISTA
CRM GO 5796 CRM MT. 2380



SUS

Sistema
Único
de Saúde



Estado de Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS
Secretaria Municipal de Saúde
Programa Saúde da Família



Barra do Garças
Bela e Melhor Para Todos
PREFEITURA MUNICIPAL

Sebastião Antonio dos Santos

Uso:

⊙ Ambedipina (5) — uso contínuo

1 q/dia

136
15
—
08
—
07

DR. JOSÉ H. DE SOUZA MEDEIROS
CARDIOLOGISTA
CRM GO 5796 CRM MT. 2380



SUS

Sistema
Único
de Saúde



Estado de Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS
Secretaria Municipal de Saúde
Programa Saúde da Família



Barra do Garças
Bela e Melhor Para Todos
PREFEITURA MUNICIPAL

Sebastião Antão

© Não use telas 20 my
use a tela

1 qd 20 qm Alvoes

03/02/07

Dr. Pérciles Boschhat
Cardiologia
CRM - 1294 MT



SUS

Sistema
Único
de Saúde



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE INSUMOS DE SAÚDE
COORDENADORIA DE ATENDIMENTO E ENTREGA DE MEDICAMENTOS A USUÁRIOS

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
EXCEPCIONAIS**

REQUERIMENTO

O (a) abaixo identificado vem solicitar o fornecimento de medicação, conforme descrições a seguir relacionadas:

INS: -

Nome completo: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____ Nascimento: _____ / _____ / _____
Identidade RG nº: _____ SSP/: _____ CPF: _____
Naturalidade: _____ Escolaridade: _____
Endereço: _____ nº. _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Fone: _____ CEP: _____
Mãe: _____
Pai: _____

Local e Data

Assinat. Paciente ou Responsável

OBS: a) Anexar receita original do SUS contendo o nome químico do medicamento.
b) Anexar cópia do(s) exame(s) comprobatórios da patologia.
c) Anexar cópia dos seguintes documentos: RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde e Comprovante de residência.

2 - RELATÓRIO / LAUDO MÉDICO

JOSE HENRIQUE DE SOUSA MEDEIROS

12423629370

NOME DO MÉDICO (LEGÍVEL)

CPF DO MÉDICO

Nome do produto pelo princípio ativo e apresentação: *Amoxicilina (5)*
Consumo mensal: *30 cp*
Duração Prevista do Tratamento: *10 dias*
Via de administração: *VO*
Código do CID 10: *J10*
Diagnóstico: *Hipertensão arterial*
Histórico da doença: *Tratamento de longa data hipertensão arterial de difícil controle*



Sistema Único de Saúde

GEAU/COAEMU/SUINS/SES
Rua Thogo Pereira da Silva, 63 - Centro
Complexo CERMAC - CEP: 78.020-500 - Cuiabá-MT



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE INSUMOS DE SAÚDE
 COORDENADORIA DE ATENDIMENTO E ENTREGA DE MEDICAMENTOS À USUÁRIOS

Comprovação Diagnóstica (exames): ECG / ECG / TB

Tratamentos Anteriores (Drogas, dosagem e tempo de uso): Diosin Amilo (160/5)

Justificativa para Indicação: Controle da pressão arterial, não relacionada a medicação atual

Outras Informações: _____

Existem Outros Casos na Família com o Mesmo Diagnóstico? _____

Outros Medicamentos Utilizados Pelo Paciente Para Outras Patologias: _____

Paciente foi ou será Submetido a Algum Tratamento Cirúrgico ou Transplante? _____
 Data Prevista: ____ / ____ / ____

LOCAL ONDE O PACIENTE ESTÁ SENDO ATENDIDO: _____

Data: 15, 08, 07

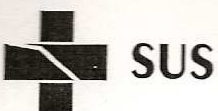
FONE PARA CONTATO: 3401.2996

Cardiologia
 ESPECIALIDADE

2380/MT
 CRM

DR. JOSÉ H. DE SOUZA MEDEIROS
 CARDIOLOGISTA
 CRM GO 5796 / CRM MT. 2380

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO



Sistema Único de Saúde

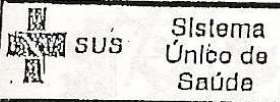
GEAU/COAEMU/SUINS/SES
 Rua Thogo Pereira da Silva, 63 - Centro
 Complexo CERMAC - CEP: 78.020-500 - Cuiabá-MT



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE INSUMOS DE SAÚDE



COORDENADORIA DE ATENDIMENTO E ENTREGA DE MEDICAMENTOS A USUÁRIOS



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO COM DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL (PORTARIA MINISTERIAL nº 2577)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ONDE O PACIENTE FOI ATENDIDO _____ 2- CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3- NOME DO PACIENTE _____

4- CPF _____ 5- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE _____

6- RG _____ 7- UF _____ 8- DATA DE NASCIMENTO _____ 9- PAIS DE NASCIMENTO _____

10- MUNICÍPIO DE NASCIMENTO _____ 11- UF _____

12- PESO (Kg) _____ 13- ALTURA (Cm) _____

14- GESTANTE ? SIM NÃO 15- TRANSPLANTADO ? SIM NÃO 16- SEXO MASCULINO FEMININO

17- DATA DO TRANSPLANTE _____ 18- ORGÃO TRANSPLANTADO _____

19- NOME DO PAI _____

20- NOME DA MÃE _____

21- ENDEREÇO (RUA, AVENIDA) _____

22- NÚMERO _____

23- BAIRRO _____ 24- CEP _____

25- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 26- COD. IBGE - MUNICÍPIO _____ 27- UF _____

28- TELEFONE RESIDENCIAL _____ 29- TELEFONE CELULAR _____ 30- OUTROS _____

MEDICAMENTO SOLICITADO (DADOS PREENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE)

31- COD. DO MEDICAMENTO _____ 32- NOME PRINCÍPIO ATIVO DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO _____

1º MÊS _____ 2º MÊS _____ 3º MÊS _____

33- POSOLOGIA _____

CID-10 PRINCIPAL _____ 35- NOME DO CID - 10 _____

34- CID-10 SECUNDÁRIO _____

IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO SOLICITADO (PREENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE)

36- DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO (QUADRO CLÍNICO DETALHADO) _____

37- _____

38- _____

39- _____

40- _____

37- DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS PROVAS DIAGNOSTICAS (ANEXAR COPIA DOS EXAMES)

Exames laboratoriais

38- TRATAMENTOS ANTERIORES (MEDICAMENTOS, DOSAGEM E TEMPO DE USO)

Aspirin 100mg

39- OUTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE PARA OUTRAS PATOLOGIAS

Diovan 160/120

SOLICITAÇÃO (DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO SOLICITANTE)

40- NOME DO MÉDICO SOLICITANTE

P E R I C L E S

42- DATA DA SOLICITAÇÃO

1 3 0 0 0 2

43- () CPF OU () CNS DO MÉDICO SOLICITANTE

4 9 0 4 2 9 6 0 2 - 0 6

44- ESPECIALIDADE DO MÉDICO SOLICITANTE

C A R D

41- CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Péricles Boechat
Cardiologia
CRM - 1294 MT

45- TELEFONE DO MÉDICO PARA CONTATO

AUTORIZAÇÃO (DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO AUTORIZADOR DA APAC)

46- NOME MÉDICO AUTORIZADOR/ESPECIALIDADE/CPF OU CNS/CARIMBO E ASSINATURA

47- NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

48- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

COORDENADORIA DE ATENDIMENTO E ENTREGA DE MEDICAMENTOS À USUÁRIOS - COAEMU

49- CNES
4069463

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA O PREENCHIMENTO DESTES FORMULÁRIO

Para o Médico Solicitante:

- Preenchimento completo e legível de todos os campos.
- O não preenchimento dos campos 1 e 2 implicará no retorno do paciente para completar o preenchimento.
- Para a prescrição de Medicamentos Excepcionais confirmar o CID 10 principal conforme portaria MS 2.577/GM de 2 de Outubro de 2006, (Consulte site Ministério da Saúde: www.saude.gov.br)
- Assinar, datar e carimbar a Solicitação (campos 41 e 42)

ATENÇÃO:

- LME e receita devem conter as mesmas prescrições
- As receitas devem ter data atualizada, carimbo do profissional com CRM e CPF, e estarem assinadas
- Receitas têm validade de um mês
- O não cumprimento dessas normas implicará no retorno do paciente para completar o preenchimento, e no atraso de entrega dos medicamentos prescritos
- Código de Ética Médica - Resolução CMF nº 1.246/88 de 08.01.1988 (D.O.U. 26.01.1988) - Capítulo III - Art. 39
- Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos

Para o Usuário:

Documentos Necessários Para Apresentação na 1ª Vez

- Laudo para Solicitação de Medicamento com Dispensação Excepcional - LME
- Receita com posologia
- Relatório Médico (Justificativa)
- Cópias de exames específicos
- Cópia do CPF, RG, Cartão Nacional de Saúde e Comprovante de Residência do paciente.

RENOVAÇÃO: A renovação do processo deverá ser a cada 3 (três) meses

- Documentos Necessários Para a Renovação**
- Laudo para Solicitação de Medicamento com Dispensação Excepcional - LME
- Receita com posologia
- Exames Específicos

Pessoas Autorizadas a Retirar Medicamentos

- Paciente
- Familiares de 1º Grau (Pais, Filhas, Irmãos, Cônjuge)
- Pessoas Autorizadas (Modelo próprio fornecido por este estabelecimento)

Obs: As pessoas autorizadas a retirar o medicamentos devem munidas de próprios documentos e documentos do paciente: CPF e Comprovante de Protocolo.



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

REQUERIMENTO

O (a) abaixo identificado vem solicitar o fornecimento de medicação, conforme descrições a seguir relacionadas:

CNS: -

Nome completo: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____ Nascimento: ____/____/____
Identidade RG nº: _____ SSP/: _____ CPF: _____
Naturalidade: _____ Escolaridade: _____
Endereço: _____ n°. _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Fone: _____ CEP: _____
Mãe: _____
Pai: _____

Local e Data

Assinat. Paciente ou Responsável

- OBS: a) Anexar receita original do SUS contendo o nome químico do medicamento.
b) Anexar cópia do(s) exame(s) comprobatórios da patologia.
c) Anexar cópia dos seguintes documentos: RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde e Comprovante de residência.

2 - RELATÓRIO / LAUDO MÉDICO

JOSE HENRIQUE DE SOUZA MENEZES

12423629320

NOME DO MÉDICO (LEGÍVEL)

CPF DO MÉDICO

Nome do produto pelo princípio ativo e apresentação: Losartana (100)

Consumo mensal: 30 cp

Duração Prevista do Tratamento: uso contínuo

Via de administração: VO

Código do CID 10: J.10

Diagnóstico: Hipertensão arterial

Histórico da doença: Presença de longa data hipertensão arterial de subperf

constante



Sistema
Único de
Saúde

GEAU/COAEMU/SUINS/SES
Rua Thogo Pereira da Silva, 63 - Centro
Complexo CERMAC - CEP: 78.020-500 - Cuiabá-MT



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE INSUMOS DE SAÚDE
COORDENADORIA DE ATENDIMENTO E ENTREGA DE MEDICAMENTOS À USUÁRIOS

Comprovação Diagnóstica (exames): RCA / ECG / TE

Tratamentos Anteriores (Drogas, dosagem e tempo de uso): Aspirin Amino (160/3)

Justificativa para Indicação: Controle da pressão arterial, sem problemas na medicação atual

Outras Informações: _____

Existem Outros Casos na Família com o Mesmo Diagnóstico? _____

Outros Medicamentos Utilizados Pelo Paciente Para Outras Patologias: _____

Paciente foi ou será Submetido a Algum Tratamento Cirúrgico ou Transplante? _____
Data Prevista: _____ / _____ / _____

LOCAL ONDE O PACIENTE ESTÁ SENDO ATENDIDO: _____

Data: 15 / 08 / 01

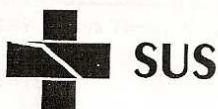
FONE PARA CONTATO: 3401 2956

Cardiologia
ESPECIALIDADE

2380/MT
CRM

DR. JOSÉ H. DE SOUZA MEDEIROS
CARDIOLOGISTA
CRM GO 5796 / CRM MT 2380

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO



Sistema
Único de
Saúde

GEAU/COAEMU/SUINS/SES
Rua Thogo Pereira da Silva, 63 - Centro
Complexo CERMAC - CEP: 78.020-500 - Cuiabá-MT

Paciente : **SEBASTIAO ANTONIO DOS SANTOS**
Médico : Dr(a).PERICLES BOECHAT DE OLIVEIRA
Cadastro : 16/08/2007 08:36 Impressão: 16/08/2007 12:09:40
Categoria : **UNIMED**
Documento :

DN: 07/10/1938 / 68a 10m
Página: 1 de 1
Protocolo: **0701.008.048-9**

PERFIL LIPIDICO

Soro

Analito	Resultado	Valores Referenciais	Cursor
Colesterol Total	: 260 mg/dL	<= 200 mg/dL	————— —————
Colesterol HDL	: 35 mg/dL	>= 40 mg/dL	————— —————
Colesterol LDL	: 167 mg/dL	<= 130 mg/dL	————— —————
Colesterol VLDL	: 58 mg/dL	<= 40 mg/dL	————— —————
Triglicerídes	: 288 mg/dL	<= 150 mg/dL	————— —————
Aspecto do soro	: Turvo	Límpido	————— —————
Castelli			
I (CT/HDL)	: 7,4	<= 4,4	————— —————
II (LDL/HDL)	: 4,8	<= 3,2	————— —————

Notas

O perfil lipídico é útil na avaliação do risco de desenvolvimento de doença cardíaca coronariana (DCC) e no diagnóstico e monitoramento de tratamento das dislipidemias. O colesterol existente no organismo é oriundo da alimentação e da síntese interna por transformação de outras moléculas. A regulação dos estoques corpóreos depende de mecanismos metabólicos e ingestão. Cerca de 70% das moléculas de colesterol estão imobilizadas em estoques teciduais na pele, tecido adiposo e células musculares e o restante forma um contingente móvel circulante no sangue, entre fígado e tecidos. Na circulação sanguínea cerca de dois terços do colesterol estão ligados a lipoproteínas (HDL, LDL e VLDL), e um terço está na forma livre. Colesterol superior a 200 mg/dL é um fator de risco independente para doença cardíaca coronariana futura. Entretanto, o colesterol não é o único fator de risco para a doença. Outras variáveis tais como sexo, idade, tabagismo, história familiar, níveis baixos de colesterol HDL, obesidade, diabetes mellitus e inflamação crônica da parede dos vasos são fatores de risco associados. Indivíduos com idade mais avançada devem ser avaliados com critérios mais flexíveis.

Existem grandes variações biológicas nas dosagens de triglicérides, principalmente em decorrência de variáveis pré-analíticas, tornando difícil a comparação interlaboratorial de resultados. A composição da dieta, a prática de atividades físicas e o uso de bebidas alcoólicas são as causas mais frequentes de variações nos níveis de triglicérides. É importante que o raciocínio clínico não se baseie apenas em dosagens isoladas.

Método : Bioquímica enzimática automatizada com dosagens diretas do Colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol e Triglicérides. As amostras lipêmicas são ultrafiltradas na fase pré-analítica.

Obs. : EXAME REPETIDO E CONFIRMADO

Cleber Vieira Costa
Farm. Bioquímico CRF 14723-MT
Prof. Esp. URAM-CLMA

Ana Lúcia M. Tacca
Farm. Bioquímica CRF 9945-GO

CARDIODIAGNOSE

Rua Waldir Rabelo, 691 Centro Barra do Garças MT
(66) 34012996

TESTE ERGOMETRICO

Dados do Paciente:

Numero do exame: 16787

Data: 16/08/07

Hora: 10:49

Nome: SEBASTIAO ANTONIO DOS SANTOS

Idade: 68 anos

Convenio:

Marcapasso: Nao

Reg. Clinico: sads0710

Peso: 72.0 Kg

Estatura: 1.60 m

Sexo: Masculino

Individuo: Ativo

FC max: 152 bpm

FC sub: 129 bpm

Indicacao Clinica:

AVALIACAO FUNCIONAL

Solicitante Dr(a): Medeiros

Antecedentes Clinicos e Cardiovasculares:

Assintomatico: Sim Revasc. Miocardica: Nao

Cinecoronariograf.: Nao

Valvopatia: Nao

Infarto do Miocardio: Nao

Precordialgia: Nenhuma

Avaliacao Clinica Inicial:

Medicamentos em Uso:

Diovan Anlo (160/5)

Fatores de Risco Pessoais:

Diabetes : Nao

Hipertensao : Sim

Obesidade: Nao

Tabagismo: Nao

Dislipidemia: Sim

Arritmia : Nao

Fatores de Risco Familiares:

Ergometro: Esteira

Protocolo: Bruce

Parametros Hemodinamicos:

Duracao da Prova: 08:01 min

FC max: 152 bpm

PS max: 220 mmHg

Distancia Percorrida: 0.77 Km

PS pre: 160 mmHg

	Avaliado	Previsto	Unidade
FC Maxima	152	152	bpm
Debito Cardiaco	15.4	14.9	l/min
Debito Sistolico	101.36	87.32	ml/min bpm
DP Maximo	33440	32328	bpm mmHg
MET	8.71	7.98	MET

TESTE ERGOMETRICO

Parametros Metabolicos:

VO2 MAX: 30.49 ml/(Kg min)

Deficit Cronotropico: 0.0 %

FAI: -9.10 %

Reserva Cronotropica: 82 bpm

Grupo Funcional: I (NYHA)

Aptidao Cardioresp. : Regular (Cooper)

Resposta da Pressao Arterial Sistolica : Hipertensiva Moderada

Resposta da Pressao Arterial Diastolica: Fisiologica

MVO2 MAX: 40.52 ml/(100g VE min)

Deficit Funcional de VE: -3.4 %

MAI: -24.80 %

Variacao da PAS: 6.90

mmHg/MET

Variacao da PAD: 0.00

mmHg/MET

Diagnostico:

Critérios Clinicos:

PACIENTE NAO APRESENTOU QUALQUER SINTOMATOLOGIA, TESTE INTERROMPIDO DEVIDO A EXAUSTAO.

Parametros Eletrocardiograficos:

ADRV.

Durante a Prova de Esforco:

RITMO SINUSAL, DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE.

Recuperacao:

RITMO SINUSAL, DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE.

Conclusao:

TESTE EFETIVO ATINGIU FC MAXIMA PREVISTA.

HIPERTENSAO BASAL COM RESPOSTA PRESSORICA SISTOLICA HIPERTENSIVA.

AUSENCIA DE ARRITMIA.

TESTE MAXIMO NEGATIVO PARA ISQUEMIA MIOCARDICA.

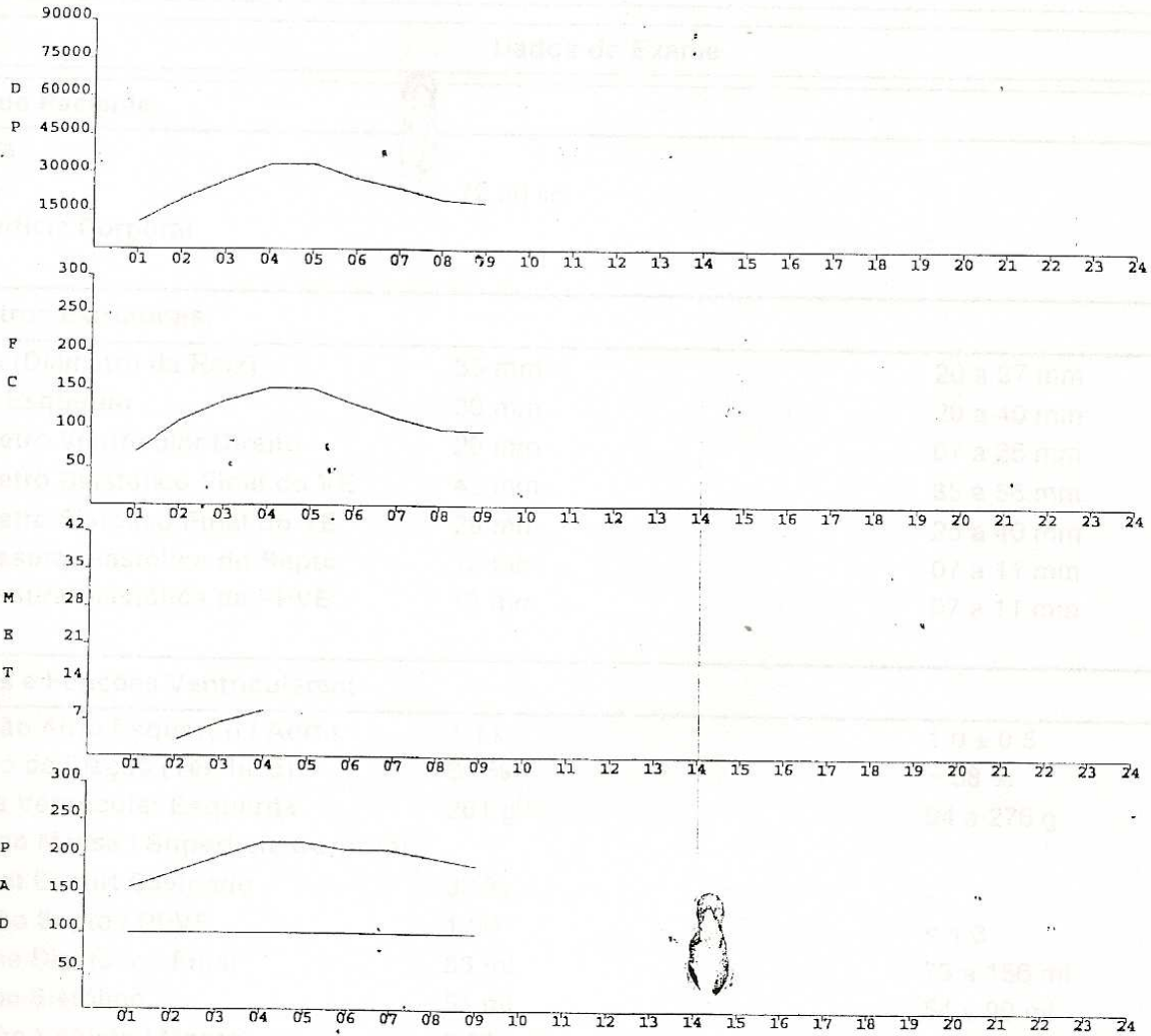
DR. JOSÉ H. DE SOUZA MEDEIROS
CARDIOLOGISTA
CRM GO 5796 CRM MT 2380

Henrique Medeiros

CRM: 2380 MT

TESTE ERGOMETRICO

ESTAGIO	TEMPO	FC	PAS	PAD	ST	Amp.R	PRST	DP	VO2	MET
Em Pe	00:00	70	160	100	+0.05	+1.68	+0.00	11200		
Hiperpneia	00:00	71	160	100	+0.04	+1.74	+0.70	11360		
1.7mph 10.0	03:00	111	180	100	-0.04	+1.70	+1.10	19980	11.53	3.29
2.5mph 12.0	06:00	136	200	100	-0.19	+1.32	-1.20	27200	22.87	6.53
3.4mph 14.0	08:01	152	220	100	-0.23	+1.18	-2.20	33440	30.49	8.71
Recuperacao	00:09	153	220	100	-0.25	+1.20	-1.80	33660		
Recuperacao	01:00	133	210	100	-0.12	+1.48	-0.30	27930		
Recuperacao	02:01	115	210	100	-0.07	+1.85	+2.90	24150		
Recuperacao	04:01	100	200	100	-0.06	+1.98	+4.10	20000		
Recuperacao	06:00	98	190	100	-0.05	+1.94	+3.60	18620		



Clínica São Lucas

Serviço de cardiologia - Dr. Pérciles Bocchat

Laudo de Ecocardiograma

Paciente : SEBASTIAO ANTONIO SANTOS Exame : 002065
Data de Nasc.: 07/10/1938 Sexo : Masculino Data : 09/11/2006
Idade : 68 Anos 1 Mês
Convênio : UNIMED
Solicitado por

Dados do Exame

Dados do Paciente:

Altura
Peso 72,00 kg
Superfície Corporal

Parâmetros Estruturais:

Aorta (Diâmetro da Raiz)	35 mm	20 a 37 mm
Átrio Esquerdo	39 mm	20 a 40 mm
Diâmetro Ventricular Direito	20 mm	07 a 26 mm
Diâmetro Diastólico Final do VE	43 mm	35 a 56 mm
Diâmetro Sistólico Final do VE	29 mm	25 a 40 mm
Espessura Diastólica do Septo	13 mm	07 a 11 mm
Espessura Diastólica da PPVE	13 mm	07 a 11 mm

Relações e Funções Ventriculares:

Relação Átrio Esquerdo / Aorta	1,11	1.0 ± 0.5
Fração de Ejeção (Teicholz)	61 %	> 58 %
Massa Ventricular Esquerda	261 g ¹	94 a 276 g
Relação Massa / Superfície Corporal		
Percent Encurt Cavidade	33 %	-
Relação Septo / PPVE	1,00	< 1.3
Volume Diastólico Final	83 ml	73 a 156 ml
Volume Sistólico	51 ml	54 a 99 ml
Relação Volume / Massa	0,30 ml/g	0.45 a 0.90 ml/g
Volume Sistólico Final	32 ml	18 a 57 ml

SEBASTIAO ANTONIO SANTOS

Parâmetros Descritivos

LEVE H.V.E CONCENTRICA.
CAVIDADES CARDIACAS COM DIMENSOES NORMAIS
PEQUENO DEFICIT RELAXAMENTO VE.
VALVAS NORMOFUNZIONANTES

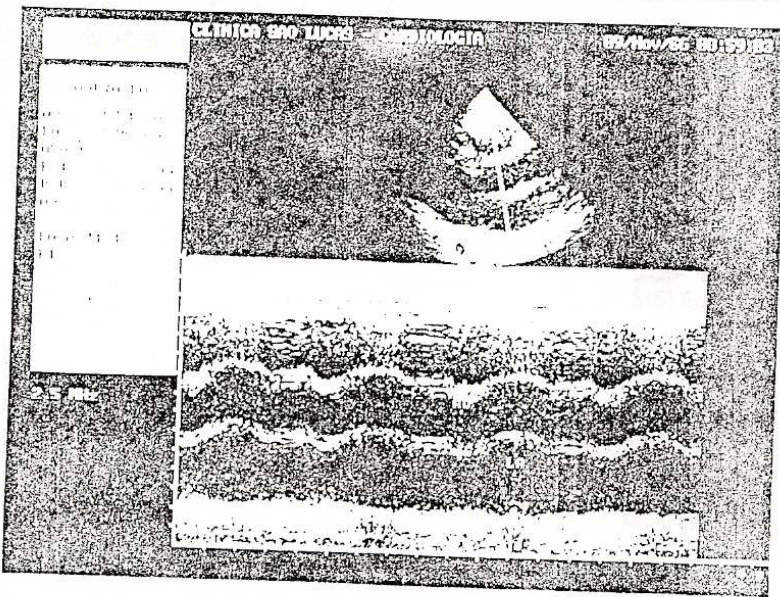
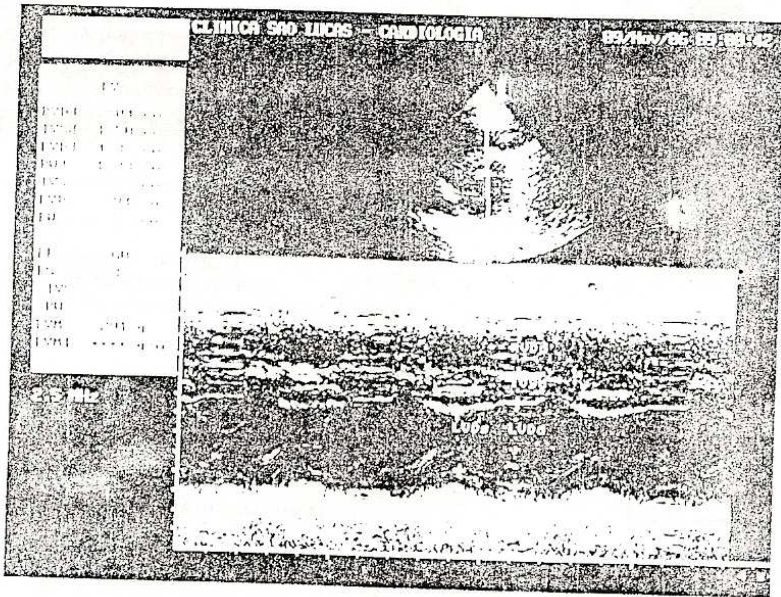
Dr. Péricles Boechat

Cardiologia

CRM - 1294 - MT

Dr. Péricles Boechat

CRM: 1.294



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO CIVIL Nº 12.012

NOME SEBASTIÃO ANTONIO DOS SANTOS

FUSCAÇÃO Nº 141414 Sebastião dos Santos e
Alvina Sebastiana dos Santos


Estado de Goiás - 07-out-1938
NATURALIDADE DATA DO NASCIMENTO

Goiás - 06-mar-1972
DATA DO REGISTRO

CHEFE DA DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
CASA DA MOEDA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA



POLEGAR DIREITO



VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

Sebastião Antonio dos Santos

CIC

NASCIMENTO 08.10.38 INSCRIÇÃO NO CPF 012 693 131 34 CONTROLE

CONTRIBUINTE

SEBASTIÃO ANTONIO SANTOS

Sebastião Antonio dos Santos
SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

801 4341 247 41788
Nome: *Sebastião Antonio dos Santos*
Data de Nascimento: *7/10/38*
Sexo: *m* Data de emissão: *24/5/06*
Município de residência: *Bob. Goyes* UF: *GO*

D. Antonia pediu p/ entregar

EMASAEmpresa Mato-grossense de
Água e Saneamento Ltda.
CNPJ 04.057.000/0001-10NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS
DE ÁGUA E ESGOTO Nº

BARRA DO GARÇAS - MT 1078937

Rua Pires de Campos, 559 - Centro - Barra do Garças - MT - Fone: 3401-8464

USUÁRIO		MATRÍCULA		REFERÊNCIA	
SEBASTIAO ANTONIO DOS SANTOS		206742		07/2007	
ENDEREÇO		EMIÇÃO		VENCIMENTO	
RUA DOS CRAVOS, N° 123		12/07/2007		26/07/2007	
CODIFICAÇÃO		RECANTO ACACIAS CATEGORIA		ECON.	
07.11.2470		RESIDENCIAL		1	
		LEITURA ANT.		MÉDIA	
		06/06/2007		13	
		2114			
HIDRÔMETRO		DT. LEIT. ATUAL		LEITURA ATUAL	
A95S069440		09/07/2007		2130	
		CONSUMO ATUAL		CONS. FATURADO	
		16		16	
ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS				VALOR (R\$)	
090 AGUA				22,09 (+)	
096 ARREDONDAMENTO				0,09 (-)	
SUJEITO À SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO APÓS 15 DIAS DO VENCIMENTO DA FATURA.				VALOR A PAGAR	
				22,00	
MÊS/ANO	CONSUMO	MENSAGENS			
6/2007	10				
5/2007	13				
4/2007	17				
3/2007	8				
2/2007	13	Emasa-ph 6 04/08/2007 08:55 1078937 22.00 13			
1/2007	15				

Problema com a bebida? Procure Alcoólicos Anônimos.

Não tem vontade de pagar de beber o problema é nosso (AA) Ligue: (65) 3331-1020

Conclusão:

Alterações e erros de qualquer natureza não serão aceitos.

 DR. J. P. DE LIMA MELO
 Diretor Geral
 CNPJ 04.057.000/0001-10

 Rua Pires de Campos, 559
 Barra do Garças - MT
 CEP: 75.000-000

CARDIODIAGNOSE
Rua Waldir Rabelo, 691 Centro Barra do Garças MT
(66) 34012996

ECG DE REPOUSO

Dados do Paciente:

Numero do exame: 0	Data: 15/08/07	Hora: 11:11
Nome: SEBASTIAO ANTONIO DOS SANTOS		Idade: 68 anos
Convenio:		PAS: 160 mmHg
Reg. Clinico: sads0710	Sexo: Masculino	PAD: 90 mmHg

Solicitante Dr(a): Medeiros

Resultados:

Frequencia Cardiaca: 72 bpm

Amplitudes:

Onda R: 0.00 mV Onda P: 0.00 mV ST: 0.00 mV

Tempos:

Onda P: 0 ms Segmento PR: 158 ms Segmento RR: 0 ms
QT : 0 ms QTC: 0.00 s

Angulos:

SAP: SAQRS: entre 0 e - 30 g

Ritmo:

Sinusal

Conclusao:

Alteracoes difusas de repolarizacao ventricular.

~~DR. JOSÉ H. DE SOUZA MEDEIROS~~
~~CARDIOLOGISTA~~
~~CRM GO 5796 CRM MT. 28~~

Henrique Medeiros
CRM: 2380 MT

Idade : 0

Nome : SEBASTIAO ANTONIO DOS SANTOS

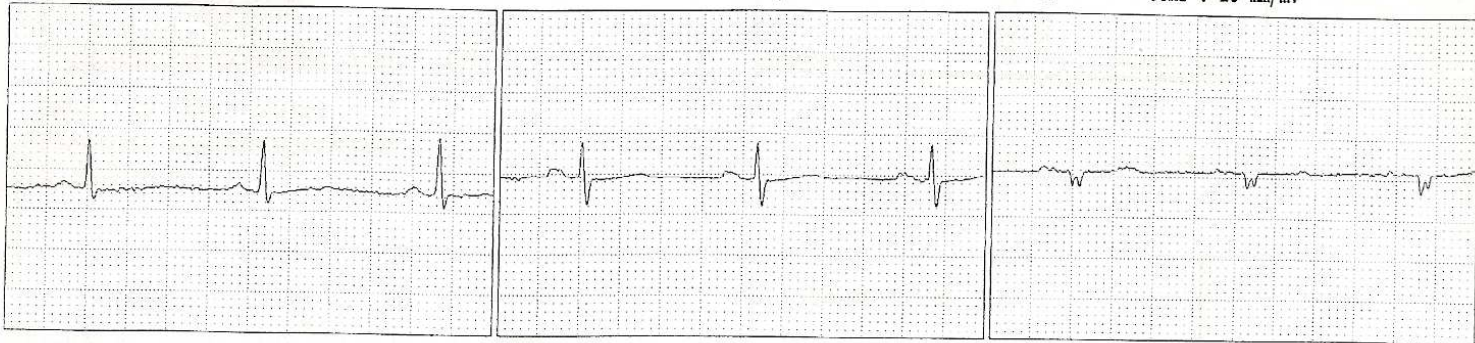
Reg. Clinico : sads0710

FC: 72 Bpm 25 mm/s BASE 60Hz MUSC

D1 Sens : 10 mm/mV

D2 Sens : 10 mm/mV

D3 Sens : 10 mm/mV

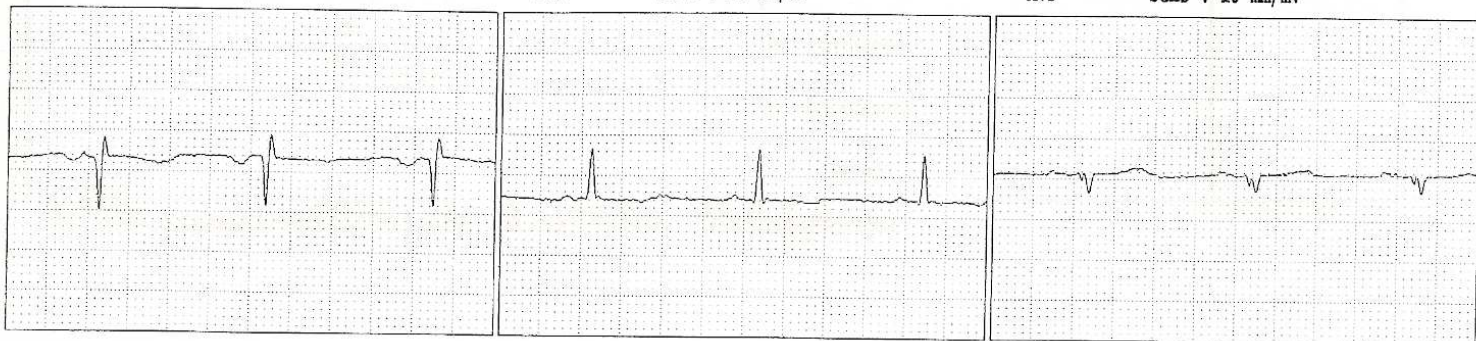


FC: 72 Bpm 25 mm/s BASE 60Hz MUSC

AVR Sens : 10 mm/mV

AVL Sens : 10 mm/mV

AVF Sens : 10 mm/mV

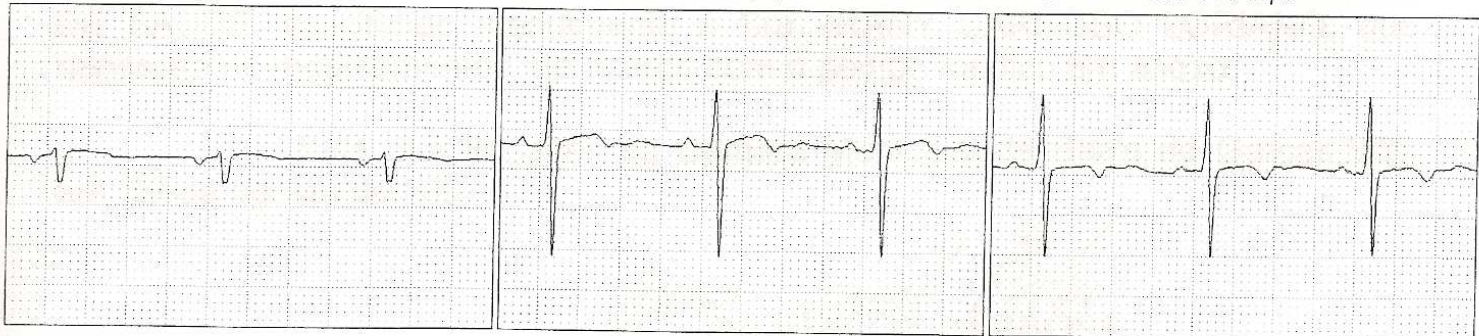


FC: 74 Bpm 25 mm/s BASE 60Hz MUSC

V1 Sens : 10 mm/mV

V2 Sens : 10 mm/mV

V3 Sens : 10 mm/mV



FC: 74 Bpm 25 mm/s BASE 60Hz MUSC

V4 Sens : 10 mm/mV

V5 Sens : 10 mm/mV

V6 Sens : 10 mm/mV

