



Câmara Municipal de

**BARRA DO GARÇAS**

Ano 2008

Estado de Mato Grosso

**Plenário das Deliberações**

*Barbosa*

APROVADO POR UNANIMIDADE  
Em sessão de 15 / 04 / 08  
*Barbosa*

PROTOCOLO

Protoc. n.º 291, Liv. 20<sup>m</sup> Fls. 056, em 15/04/08

Horas: 18:51

Mônica Marta  
Funcionário

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

N.º  
174/2008

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 PREFEITO MUNICIPAL, à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, solicitando atendimento clínico, conforme pedido médico em anexo, para a cidadã Sra. CENILDE NOBREGA DOS SANTOS SILVA, residente na rua Pires de Campos, n.º 432, fone: 3401-1519.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT.,  
em 14 de abril de 2008.

*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 da Sra. CENILDE, que necessita de desse atendimento 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

J-047

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Almeida Nogueira dos Santos Lelis Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Sexo: MASC.  FEM.  Nº Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ Data da Assinatura: \_\_\_\_\_

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

doença gastrintestinal

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:

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: Henriques Data da Assinatura: 07.04.2008  
Gastroenterologia  
CRM-MT 2027

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: \_\_\_\_\_

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4634082 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/JUL/2001

NOME CENILDE NOBREGA DOS SANTOS  
SILVA

FILIAÇÃO ALTAMIRO BARBOSA DOS SANTOS  
MARIA NOBREGA DOS SANTOS

BARRA DO GARCAS-MT 05/JUN/1967  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM C.CAS. 2525 FLS. 147 L. B19 BARRA DO  
GARCAS MT EM 03/06/1986

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR 26832968

LEI Nº 7.160 de 29/03/83

