



Câmara Municipal de  
**BARRA DO GARÇAS** Ano 2008

Estado de Mato Grosso

**Plenário das Deliberações**

**APROVADO**  
EM SESSÃO 11/11/08  
*[Handwritten Signature]*

PROTOCOLO		
Protoc. n.º <u>762</u> , Liv. <u>21</u> Fls. <u>005<sup>v</sup></u> , em <u>11/11/08</u> Horas: <u>15:55</u>  <i>[Handwritten Signature]</i> _____ Funcionário	<input type="checkbox"/> Projeto de Lei <input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo <input type="checkbox"/> Projeto de Resolução <input type="checkbox"/> Requerimento <input checked="" type="checkbox"/> Indicação <input type="checkbox"/> Moção de <input type="checkbox"/> Emenda	N.º <u>422</u> /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 à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, solicitando atendimento médico, na especialidade Psiquiatria, para a paciente Sra. ELIZABETH DE MELO BOTELHO, de acordo com indicação médica, em anexo.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT.,  
em 10 de novembro de 2008.

*[Handwritten Signature]*  
**ANTÔNIA JACOB BARBOSA**  
Vereadora – PR / 1ª Secretária

JUSTIFICATIVA

Senhor Presidente,  
Senhores Vereadores:

Nosso pleito se justifica no principal fato de que, a senhora ELIZABETH é pessoa de baixa renda e que o referido possui sintomas de distúrbios neurológicos necessitando, portanto, de avaliação e acompanhamento psiquiátrico, conforme indicação médica, em anexo.

Diante do exposto, esperamos contar com a atenção da ilustre Secretária Municipal de Saúde, no atendimento desse nosso pedido.

  
**ANTÔNIA JACOB BARBOSA**

Vereadora - PR / 1ª Secretária

medico Psiquiatria



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO GARÇAS - ARAGUAIA

GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES DIAGNÓSTICO

Código da Regulação

001 - Município de Origem

[Grid for 001 - Município de Origem]

002 - Identidade

[Grid for 002 - Identidade]

003 - CPF

[Grid for 003 - CPF]

004 - Nome do Usuário

ELIZABETH M BORELHO

005 - Idade

[Grid for 005 - Idade]

EXAME(S) SOLICITADO(S)

006 - Bioquímica

007 - Radiodiagnóstico

008 - Endoscopia

009 - Traçado Diagnóstico

010 - Outros

011 - CÓDIGO da AMB

012 - DESCRIÇÃO DO EXAME

011 - CÓDIGO da AMB	012 - DESCRIÇÃO DO EXAME
01	Avulsa e
02	acompanhamento
03	
04	Psiquiátrico
05	
06	
07	
08	
09	
10	

IND: AMNSI

ANDRÉ - ADEKRUO

Dados a serem preenchidos pela Central de Regulação do Consórcio

Agendamento realizado para:

013 - Data

[Grid for 013 - Data]

014 - Hora

[Grid for 014 - Hora]

015 - Clínica / Serviço / Unidade

[Grid for 015 - Clínica / Serviço / Unidade]

016 - Endereço

[Grid for 016 - Endereço]

017 - Assinatura do Usuário

[Signature box for 017]

018 - Assinatura do Médico Regulador

[Signature box for 018]

021 - Assinatura do Médico Assistente / Carimbo

[Signature/Stamp box for 021]

Reconheço que fui devidamente atendido pelo Médico acima especificado e na data aqui registrada

019 - Data

[Grid for 019 - Data]

020 - Hora

[Grid for 020 - Hora]

022 - Data

[Grid for 022 - Data]

023 - Hora

[Grid for 023 - Hora]

Esta guia possui uma validade de 15 dias após sua autorização

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

Cartão Promissório

**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

801 4341 247 04319

Nome: *ELIZABETH Botelho de Cedro*

Data de Nascimento: *16/11/1962*

Sexo: *F* Data de emissão: *23/05/06*

Município de residência: *B. Garcia* UF: *MT*

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predis põem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

### QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome ..... Elizabeth de Melo Botelho  
Loc. Nasc. Rio de Janeiro Est. RJ Data 16/11/62  
Filiação Valmir Botelho e de Guarna de Melo Botelho  
Doc. Nº R9 05819677-5

### ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / ..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em / / ..... Estado .....  
Obs.: ..... DRT / MT / RJ / RJ / RJ  
Data Emissão 29.09.07.  
~~SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DE CORPUS~~  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO FUNCIONÁRIO



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2ª VIA



Número ..... 98607 Série ..... 524

Elizabeth de Melo Botelho  
ASSINATURA DO PORTADOR

### ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Nascimento .....  
Doc. ....