



Câmara Municipal de

BARRA DO GARÇAS Ano 2008

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

APROVADO
EM SESSÃO 25/11/08
Barbosa

PROTOCOLO

<p>Protoc. n.º <u>784</u>, Liv. <u>21</u> Fls. <u>07</u>, em <u>25/11/08</u></p> <p>Horas: <u>20:10</u></p> <p><u>Barbosa</u> Funcionário</p>	<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	<p>N.º <u>430</u> /2008</p>
---	--	---------------------------------

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, com cópia à Diretoria do Consórcio Intermunicipal de Saúde, solicitando autorização para a realização de exame clínico Ecocardiograma, conforme pedido médico em anexo, em favor da Sra. IRACY MARQUES, 66 anos, residente na rua vereador Manoel Lopes, 265, bairro Jardim Pitaluga, fone: 3401-8661.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., em 25 de novembro de 2008.

Antônia Jacob Barbosa
ANTÔNIA JACOB BARBOSA
Vereadora – PR / 1ª Secretária

JUSTIFICATIVA

Senhor Presidente,
Senhores Vereadores:

Nosso pleito se justifica no principal fato de que, a referida senhora tem problemas de saúde, é pessoa de baixa renda, sendo sogra do policial civil Sr. Aroldo Dias da Silva, mas que as dificuldades financeiras não permitem a realização desse exame na rede particular e em razão disso estamos solicitando o apoio do Poder Público, para auxiliar essa família.

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

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome	Município	Distrito
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Data de Nascimento	Idade
<i>Tracy Marques</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço
MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bairro	CEP	Cidade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:

<input 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"/> Retosigmoidoscopia
<input type="checkbox"/> Litotripsia	<input type="checkbox"/> Mamografia	<input type="checkbox"/> Teste Ergométrico
<input type="checkbox"/> Outros - Especificar: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Ecocardiograma
		<input type="checkbox"/> Densitometria
		<input type="checkbox"/> ECG
Patologia Clínica	<input type="checkbox"/> Marcadores Tumorais Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Teste do Pezinho

Assinatura e carimbo do Médico

Data da Assinatura

Juliano Rocha Mendes
 Médico
 CRM 102

18 | 11 | 08

DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS

Assinatura e carimbo do autorizador	Data da Assinatura
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DA UNIDADE PRESTADORA

Nome da Unidade Prestadora	Data e Horário da Realização do Exame
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assinatura e Carimbo do Prestador	
<input type="text"/>	