



Câmara
Municipal de
BARRA DO GARÇAS Ano 2009

Estado de Mato Grosso

Plenário das Deliberações

APROVADO
EM SESSÃO 15/04/09
08:00

PROTOCOLO

Protoc. n.º 243, Liv. 21 Fls. 42, em 13/04/09

Horas: 18:10

08:00
Funcionário

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

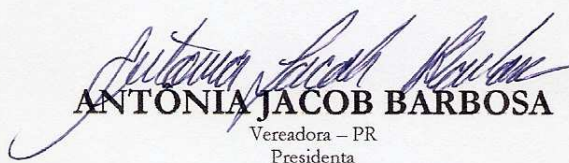
N.º
145 /2009

AUTOR: Vereadora **ANTÔNIA JACOB BARBOSA** – PR (Presidenta)

Senhor Presidente:

Indico à Mesa, após cumprimento das formalidades regimentais e deliberação do Plenário, seja enviado expediente à SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, solicitando a atendimento ao menor ALESSANDER DANTAS VIEIRA DA COSTA, residente na rua José Francisco de Souza, 221, Santo Antonio, fone: 9221-2668, vendo a possibilidade de conceder-lhe medicamentos.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT.,
em 07 de abril de 2009.

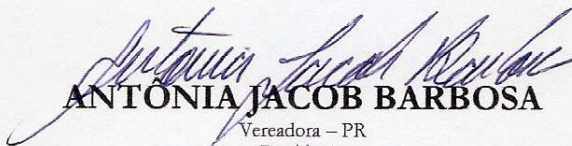

ANTÔNIA JACOB BARBOSA
Vereadora – PR
Presidenta

JUSTIFICATIVA

Senhor Presidente,
Senhores Vereadores:

Trata-se de uma necessidade premente, pois o menor necessita muito de medicamentos e que sendo ele oriundo de família de baixa renda, não possui condições financeiras para adquiri-los, salientando que não são eles contemplados pelo benefício do Auxílio Doença.

Assim sendo, esperamos contar com a atenção da ilustre Secretária de Saúde, no atendimento desse nosso pedido.



ANTÔNIA JACOB BARBOSA

Vereadora – PR
Presidenta

Estado de Mato Grosso
CÂMARA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS
Palácio Vereador Dr. DERCY GOMES DA SILVA

Barra do Garças-MT., em 06.03.2009.

Ilm^a. Sra.

DERIANE GOUVEIA DE OLIVEIRA

Secretária Municipal de Saúde

N e s t a

Ilustre Senhora:

Com os sinceros cumprimentos a V. Sa., vimos através desta, solicitar vossos bons préstimos, no sentido analisar a possibilidade de autorizar a aquisição de medicamentos, conforme receita em anexo, em favor do menor ALESSANDER DANTAS VIEIRA DA COSTA, filho da Sra. DENISE DANTAS DA SILVA, residente na rua José Francisco de Souza, 221, Santo Antonio, fone: 9221-2668, justificando que, trata-se de pessoas de baixa renda, não recebem o benefício do Auxílio Doença e, portanto, necessitam desse apoio.

Na certeza de vossa atenção e compreensão, nossos protestos de elevada consideração e respeito.

Atenciosamente,

Antônia Jacob Barbosa

Vereadora - PR
Presidenta

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2271241-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/03/2008

MT ALESSANDER DANTAS VIEIRA DA COSTA

JOSE FLAVIO VIEIRA DA COSTA

DENISE DANTAS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 25/12/1995

BARRA DO GARÇAS-MT

C.NASC. LIV. A72 FLS.100

TERM 32408

BARRA DO GARÇAS-MT

Assinatura de Azevedo Silva Moraes

Coordenadora Geral de Identificação da Polícia

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

801 4341 236 33795

Nome: *Alessander Dantas Vieira da Costa*

Data de Nascimento: *25/12/1995*

Sexo: *M* Data de emissão: *25/04/08*

Município de residência: *Barra do Garças* UF: *MT*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA

Alessander Dantas Vieira da Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Empresa Matogrossense de
Água e Saneamento Ltda.
CNPJ 04.067.063/0001-16

NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS
DE ÁGUA E ESGOTO

Nº 1233931
BARRA DO GARÇAS - MT

Rua Amaro Leite, 288 - Centro - Barra do Garças - MT - Fone: 3401-8464

USUÁRIO		MATRICULA		REFERÊNCIA	
GEORGINA JOSE DA COSTA		202546		04/2008	
ENDEREÇO		EMISSÃO		VENCIMENTO	
RUA JOSE FRANCISCO DE SOUZA, Nº 221		02/05/2008		12/05/2008	
CODIFICAÇÃO		SANTO ANTONIO CATEGORIA		ECON. LEITURA ANT. MÉDIA	
04.01.2960		RESIDENCIAL		1 20/03/2008 57 14	
HIDRÔMETRO		DT. LEIT. ATUAL		LEITURA ATUAL CONSUMO ATUAL CONS. FATURADO	
Y07S076369		22/04/2008		63 6 10	
ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS				VALOR (R\$)	
090 AGUA				12,81 (+)	
091 ESGOTO				6,20 (+)	
039 MULTA POR PENALIDADE				33,00 (+)	
092 MULTA DE MORA REF: 03/2008				1,20 (+)	
093 JUROS DE MORA REF: 03/2008				0,60 (+)	
096 ARREDONDAMENTO				0,31 (-)	
SUJEITO À SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO APÓS 15 DIAS DO VENCIMENTO DA FATURA.				VALOR A PAGAR	
				53,50	
MÊS/ANO	CONSUMO	MENSAGENS			
3/2008	12				
2/2008	19				
1/2008	15				
12/2007	11				
11/2007	0				
10/2007	3				

Para sua maior comodidade e conforto, pague sua conta em nosso escritório.

Comunicamos que estamos recebendo sua conta de água em nosso escritório.

*** EXISTE (M) OUTRO (S) 2 DÉBITO (S) EM ATRASO ***

VENCIMENTO	Nº NF.	CODIFICAÇÃO	MATRICULA	REFERENTE	VALOR A PAGAR
12/05/2008	1233931	04.01.2960	202546	04/2008	53,50

V
I
A
E
M
A
S
A



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1212706-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/09/96

NOME DENISE DANTAS DA SILVA

PAI ANIEL COSME DA SILVA

MÃE ELICIA DANTAS DE SOUSA

CIDADE DE NATALIDADE CIRINÓPOLIS-GO DATA DE NASCIMENTO 18/10/1977

DO ORGEM C. NAC. LIV. 021 FLS. 209 ET 4704 ARAQUAIAANA-MT

PR 36 36 36 36

Assinatura
Crescêncio Costa Leite
COORDENADOR DE IDENTIFICAÇÃO
LEI N° 7.116 DE 29/08/83

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE IMPOSTOS

567276151 87

DENISE DANTAS DA SILVA

18.10.1977

Denise Dantas da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE JUSTIÇA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLD MENDES DE PAIVA

Denise Dantas da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

601 201 8 1

GERAL

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>Clodoaldo Pirani Jr.</u>	
CRM. _____	UF: <u>MT</u> Nº <u>5016</u>
Endereço: <u>CNMA</u>	
<u>Rua Pires de Campos, 695 - Centro</u>	
Cidade: <u>Barra do Garças</u>	UF: <u>MT</u>
Telefone: <u>3407-1501</u>	

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

[Handwritten signature and circular stamp]

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Alexander D. Costa

Endereço: _____

Prescrição: Uso 10

Ⓢ Normal de 50mg - 3x

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident. _____	Org. Emissor: _____
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____	
Data: ____/____/____	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>Clodoaldo Pirani Jr.</u>	
CRM. _____	UF: <u>MT</u> Nº <u>5016</u>
Endereço: <u>CNMA</u> <u>Rua Pires de Campos, 695 - Centro</u>	
Cidade: <u>Barra do Garças</u>	UF: <u>MT</u>
Telefone: <u>3407-1501</u>	

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

[Handwritten signature and stamp]

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Alexander D. Costa

Endereço: _____

Prescrição: Uso na

① Normal ch 500mg - 3x

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident. _____	Org. Emissor: _____
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____	
Data: ____/____/____	