

Estado de Mato Grosso
Plenário das Deliberações

PROTOCOLO		
Protoc. n.º <u>430</u> , Liv. <u>21</u> Fls. <u>67^v</u> , em <u>23/06/09</u>	<input type="checkbox"/> Projeto de Lei	N.º <u>279</u> /2009
Horas: <u>17:10</u>	<input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo	
<u>[Assinatura]</u>	<input type="checkbox"/> Projeto de Resolução	
Funcionário	<input type="checkbox"/> Requerimento	
	<input checked="" type="checkbox"/> Indicação	
	<input type="checkbox"/> Moção de	
	<input type="checkbox"/> Emenda	

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

Senhora Presidente:

Indico à Mesa, após cumprimento das formalidades regimentais e deliberação do Plenário, seja enviado expediente ao PREFEITO MUNICIPAL e SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, solicitando atendimento ao cidadão Sr. Jorge Antonio Siqueira, residente na rua Delvita Galvão, lote 15, fone: 3401-5683, que necessita de serviços médicos na especialidade de Neurologia.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT.,
em 23 de junho de 2009.

[Assinatura]
ANTÔNIA JACOB BARBOSA
Vereadora – PR
Presidenta

JUSTIFICATIVA

Senhor Presidente,
Senhores Vereadores:

Trata-se de um cidadão de 33 anos de idade, com diagnóstico de paraplegia, com nível sensitivo e motor e, sendo pessoa de baixa renda, necessita desse atendimento, até mesmo para uma questão de benefício junto à previdência social.

Assim sendo, esperamos contar com a atenção do ilustre Prefeito, no atendimento desse nosso pedido.


ANTÔNIA JACOB BARBOSA

Vereadora - PR
Presidenta

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: APS BARRA DO GARCAS

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA / BPC
E MARCAÇÃO DA AVALIAÇÃO SOCIAL**

REQUERIMENTO Nº 113245766

Prezado (a) Sr(a)

JORGE ANTONIO SIQUEIRA

(NOME DO SEGURADO)

00000905808

/

11781170490

(RG/CERTIDÃO)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

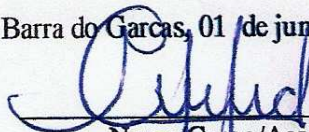
(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício de Prestação Continuada / BPC e que sua Avaliação Social foi marcada para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data:	<i>OBS: Agendamento de Avaliação Social. Assinar requerimento. Trazer Xerox e original da Carteira de Nascimento. BARRA DO GARCAS - MT</i>
Hora:	
Endereço:	
RUA PIRES DE CAMPOS, 362	
CENTRO	<i>DR.</i>

Compareça a Avaliação Social levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Caso o(a) Sr(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar nova Avaliação Social. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Barra do Garças, 01 de junho de 2009



Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

Ass. do Requerente/ Rep. Legal



DANIELA CRISTINA PEREIRA DA SILVA

RUA DONA DELVITA GALVAO, -1111609665001 LT 15
SAO JOSE
78600-000 BARRA DO GARCAS - MT

UC: 12859643

Centrais Elétricas Matogrossenses S/A
Rua Manoel dos Santos Coimbra, 184 - Cuiabá - MT
CNPJ 03.467.321/0001-99 Insc. Estadual 13.020.425-0
www.cemat.com.br



Maurren Maggi | Atleta Rede Atletismo
Medalha de Ouro nas Olimpíadas de Pequim



www.redeatletismo.com.br

Conheça o projeto de atletismo da REDE

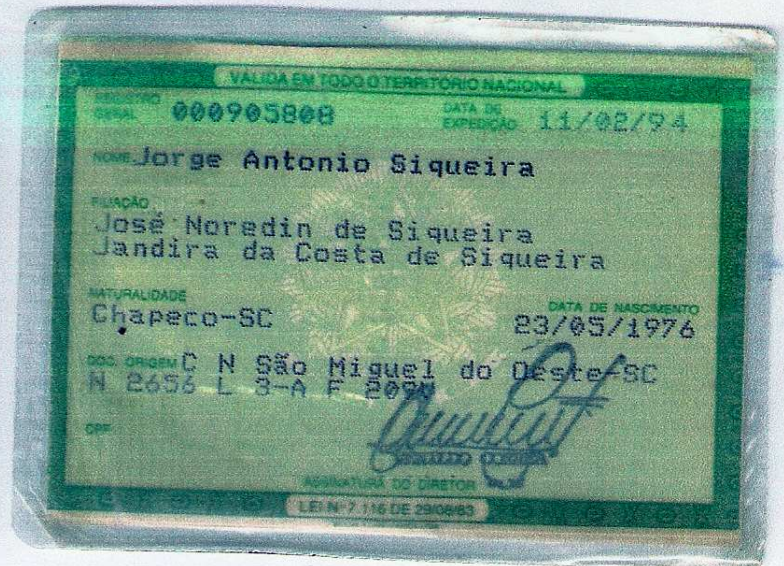
Local/Etapa/Livro-Seq: 0111 / 12 / 005309-180

Regional: 0111

Medidor: 980985

Valor da Leitura: 3444

Seq.Imp.: 2105





GUIA DE REFERÊNCIA

Município: _____ Especialidade Solicitada: NEUROLOGIA

I - Identificação do Paciente

Unid. Solicitante: _____

Nome: George Antonia Di Queiroz Idade: _____

RG: _____ Sexo: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Município: _____

Nome do Responsável: _____

II - Justificativa de Referência

História Progressiva e Quadro Clínico: Paciente 33 anos com diagnóstico de Paraplegia (AIS) c/ nível sensitivo T11, nível motor T11/L2 nível neurológico T11 por trauma raquimedular em 2004. Vem queixando dores intensas.

Diagnóstica ou Hipótese Diagnóstica: _____

Exames Realizados - Data Diagnóstica: _____

Conduta Terapêutica: _____

III - Motivo do Encaminhamento

- Diagnóstico
- Seguimento
- Outros (Especificar) _____
- Confirmação Diagnóstica
- Outra Especialidade
- Tratamento
- Internação

IV - Nome do Profissional Solicitante: _____

CRM: _____

COREN: _____

Assinatura: [Signature] Data: 02/06/09

V - Agendamento para

Unidade: _____ Especialidade: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Município: _____ Data: ____/____/20____ Horário: _____

Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento: _____

Data do Preenchimento: ____/____/20____