



Barra do Garças
Estado de Mato Grosso

APROVADO POR UNANIMIDADE

Em sessão de 08/05/17



Ano 2017
Poder Legislativo Municipal
Plenário das Deliberações



Protocolo N.º402, Liv. 26, Fls. ____ Em 08/05/2017. às 12:20hs.  Assinatura do Funcionário	<input type="checkbox"/> Projeto de Lei <input type="checkbox"/> Projeto de Decreto do Legislativo <input type="checkbox"/> Projeto de Resolução <input checked="" type="checkbox"/> Requerimento <input type="checkbox"/> Indicação <input type="checkbox"/> Moção de <input type="checkbox"/> Emenda	Nº.045/2017
--	---	-------------

Autor: **Vereador JULIO CESAR GOMES DOS SANTOS - PSDB**

Senhor Presidente:

Requeiro à Mesa, forma regimental e após cumprimento das formalidades regimentais e deliberação do Plenário, seja encaminhado expediente ao Prefeito Municipal de Barra do Garças, Secretário de Saúde, com cópia ao Ministério Público de Barra do Garças, solicitando informações sobre o funcionamento do aparelho de tomografia, do Pronto Socorro Municipal, esclarecendo as seguintes arguições:

- Desde quanto o referido aparelho não está funcionando?
- Se a informação procede, quais as medidas que o Poder Público está tomando para solucionar esse problema?
- Existe uma previsão de quando esse aparelho será consertado?
- E Como fica a situação da paciente Sra. Xênia Dejaine Silva que necessita com urgência de tomografia de crânio, com laudo médico? E dos demais pacientes que aguardam o agendamento do seu exame de tomografia computadorizada?
- Solicitamos que seja regularizada urgentemente na rede pública de Saúde de Barra do Garças, as solicitações de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA que chega a demorar até 06 (seis) meses para os munícipes realizarem esses exames. Sugiro até um mutirão para regularizar a situação.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., 27 de abril de 2017.

JULIO CESAR GOMES DOS SANTOS

Vereador-PSDB

Membro de Comissão de Obras Públicas, Transp. Comum. e Meio Ambiente







GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Policlínica Santo Antônio



FORMULÁRIO DE
SOLICITAÇÃO
DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome	Município	Distrito

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome		Data de Nascimento	Idade
Xenia Depaine Silva de Souza		10/09/82	34A
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço	
MASC <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/>	70340738514200	Rua B nº 739	
Bairro	CEP	Cidade	UF
Vila Maria	78.600.000	BARRA DO GARÇAS	MT
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura	
Vila Maria	Xenia Depaine S. de Souza		

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

Exames persistentes, sem melhora
com medicações habituais.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

Difusão a esclerose

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:			
<input type="checkbox"/> Raios X	Tipo:	<input type="checkbox"/> USG Tipo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Tomografia	Tipo: <i>crânio</i>	<input type="checkbox"/> Ressonância Magnética Tipo:	
<input type="checkbox"/> Cintilografia	Tipo: <i>com laudo.</i>		
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> Retosigmoidoscopia	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma
<input type="checkbox"/> Litotripsia	<input type="checkbox"/> Memografia	<input type="checkbox"/> Teste Ergométrico	<input type="checkbox"/> Mapas
<input type="checkbox"/> Outros - Especificar:		<input type="checkbox"/> Denzitometria	<input type="checkbox"/> ECG
Patologia Clínica	<input type="checkbox"/> Marcadores Tumorais Tipo:	<input type="checkbox"/> Teste do Pezinho	
Assinatura e carimbo do Médico	<i>1º G. Siqueira</i>	Data da Assinatura	06/09/12

DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS

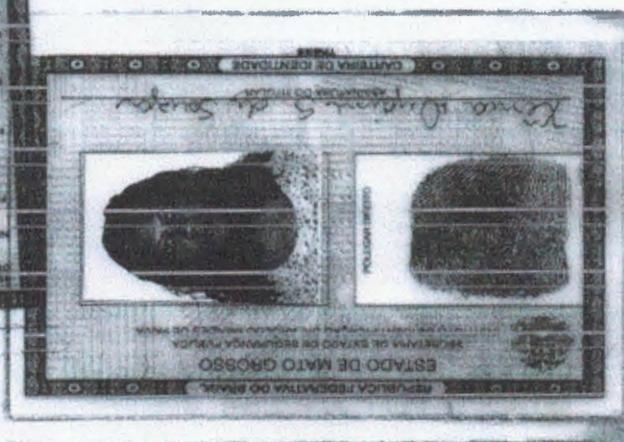
Assinatura e carimbo do autorizador	Data da Assinatura

DA UNIDADE PRESTADORA

Nome da Unidade Prestadora	Data e Horário da Realização do Exame
Assinatura e Carimbo do Prestador	

XENIA

JULIANA



Juanda

XENIA
9673-1026

BARSA DO GARÇAS Rua Manoel Estor, nº 488 Fone: (51) 3091-1000													
BARSA DO GARÇAS Rua Manoel Estor, nº 488 Fone: (51) 3091-1000													
HORADON: XENIA DEJAINIE SILVA DE SOUZA RUA B. 759-VILA MARIA-GARÇA DO GARÇAS-MT-cep: 76600-000													
015 415575597	015 415575597												
1 Residência - Informal													
21/02/2017 149 24/03/2017 185													
VALOR REFERENTE A CIA - 49,64 JUROS POR ATRASO 16,00 01/2017 01/2017 1,19													
31/37													
*** NOTIFICAÇÃO *** Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta prestação ocasionará a suspensão dos serviços, conforme leis Federais nº 11.497/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.													
<table border="1"> <tr> <th>PERÍODO</th> <th>VALOR</th> <th>DATA DE VENCIMENTO</th> </tr> <tr> <td>01/2017</td> <td>49,64</td> <td>01/2017</td> </tr> <tr> <td>02/2017</td> <td>16,00</td> <td>02/2017</td> </tr> <tr> <td>03/2017</td> <td>1,19</td> <td>03/2017</td> </tr> </table>		PERÍODO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO	01/2017	49,64	01/2017	02/2017	16,00	02/2017	03/2017	1,19	03/2017
PERÍODO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO											
01/2017	49,64	01/2017											
02/2017	16,00	02/2017											
03/2017	1,19	03/2017											