



Câmara de Vereadores de Pindamonhangaba
Estado de São Paulo

REQUERIMENTO

EMENTA: ao Prefeito Municipal, solicitando informações sobre possível agendamento de Cirurgia ou Gastroenterologia.



Protocolo: 0001545
20/08/2012 - 15:51:53

REQ Requerimento 1160/2012
Autor: ANTÔNIO ALVES DA SILVA

Ementa: AO PREFEITO MUNICIPAL, SOLICITANDO INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEL AGENDAMENTO DE CIRURGIA OU GASTROENTEROLOGIA.

APROVADO

20 AGO. 2012

Vereador Ricardo Piorino
Presidente

Senhor Presidente:

REQUIRO à Mesa, consultado o Egrégio Plenário desta Casa de Leis, que se oficie ao Prefeito Municipal, solicitando informações sobre possível agendamento de Cirurgia ou Gastroenterologia para Ana Paula Frois Costa, residente na Av. Abel Correia Guimarães, nº 1747 - bairro Galega, nascida no dia 12/05/1983, Filha de Eurides Frois Costa, Cartão SUS: 898 0034 4836 9081.

Faço esta solicitação, pois o quadro de saúde da referida munícipe vem se agravando, sendo necessário a marcação desta cirurgia.

Segue anexo.

Plenário Dr. Francisco Romano de Oliveira, 20 de agosto de 2012.

Vereador Antônio Alves da Silva

Toninho da Farmácia



SUS - SP - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GUIA DE REFERÊNCIA

P.A.D.

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE COM ENDEREÇO E TELEFONE

Município: _____	Especialidade: <u>Coloproctologia</u>	
DIR: _____		
I - Identificação do Paciente		
Nome: <u>Ana Paula Fray Cruz</u>		
Endereço: _____	Município: _____	
Idade: <u>29</u> Sexo: <u>f</u>	Ocupação: _____	
Nome do Responsável: _____		
II - Justificativa da Referência		
História Progressiva e Quadro Clínico: <u>Doença de Crohn do</u>		
<u>colon</u>		
Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica: <u>colite e proctite</u>		
Exames Realizados - Data e Resultados: <u>USG - 26/7/12</u>		
Condução Terapêutica: _____		
III - Motivo do Encaminhamento		
<input checked="" type="checkbox"/> <u>DIAGNÓSTICO</u>	<input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA	<input checked="" type="checkbox"/> <u>TRATAMENTO</u>
<input type="checkbox"/> SEGUIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> <u>OUTRA ESPECIALIDADE</u>	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> OUTROS (ESPECIFICAR): _____		
IV - Nome do Médico Solicitante: _____		CRM: <u>22354</u>
Assinatura: <u>[assinatura]</u>		Data: <u>26/7/12</u>
V - Agendamento para		
Unidade: _____	Especialidade: _____	
Endereço: _____	Bairro: _____	Fone: _____
Município: _____	Data: <u> / / </u>	Horário: _____
Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento: _____		
Data do Preenchimento: _____		

SUS - PINDAMONHANGABA

Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sra. ANA PAULA FROIS COSTA,

Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.

Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde - SUS.

Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 41.079.082-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/MAI/2002

NOME ANA PAULA FROIS COSTA

FILIAÇÃO BENTO LUIZ COSTA

E EURIDES FROIS COSTA

NATURALIDADE PINDAMONHANGABA - SP DATA DE NASCIMENTO 12/MAI/1983

OCC. ORIGEM PINDAMONHANGABA-SP

CPF PINDAMONHANGABA CN: LV/A144/FLS.094 /N.015848


ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/8/73

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

1330-0

ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBELTON DAUNT



IC0AS

MOLECAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

