



Câmara de Vereadores de Pindamonhangaba
Estado de São Paulo

REQUERIMENTO

Ementa: Ao Prefeito Municipal, com cópia a secretária competente, solicitando avaliação nos documentos em anexo da Senhora Maria Aparecida de Souza, onde a municipe até fevereiro deste ano possua a gratuidade no transporte público, e foi retirado.



Protocolo: 0004253/2013
31/10/2013 - 08:58:30

REQ Requerimento 2790/2013

Autor: RODERLEY MIOTTO RODRIGUES

Ementa: AO PREFEITO MUNICIPAL, COM CÓPIA A SECRETARIA COMPETENTE, SOLICITANDO AVALIAÇÃO NOS DOCUMENTOS EM ANEXO DA SENHORA MARIA APARECIDA DE SOUZA, ONDE A MUNICIPE ATÉ FEVEREIRO DESTE ANO POSSUIA A GRATUIDADE NO TRANSPORTE PÚBLICO, E FOI RETIRADO.

APROVADO

01 NOV. 2013

Vereador Ricardo Piorino
Presidente

Senhor Presidente:

Considerando que a municipe já possuía a gratuidade por alguns motivos de doenças;
Considerando que seu CID (Código Internacional de Doenças) se encontra na listagem;
Considerando que a mesma necessita da gratuidade para continuar seu tratamento;
Considerando que toda sua documentação esta correta.

REQUEIRO à Mesa, consultado o Plenário, seja oficiado ao Prefeito Municipal, com cópia a secretária competente, solicitando avaliação nos documentos em anexo da Senhora Maria Aparecida de Souza, onde a municipe até fevereiro deste ano possua a gratuidade no transporte público, e foi retirado.

Plenário Dr. Francisco Romano de Oliveira, 30 de outubro de 2013.

Vereador Roderley Miotto

13.651.787-0 10/OUT/2012

MARIA APARECIDA DE SOUZA

ANTONIO ENOQUE DE SOUZA

E BENEDITA MARIA DE ALMEIDA

GONÇALVES -MG

04/ABR/1954

PINDAMONHANGABA SP

PINDAMONHANGABA

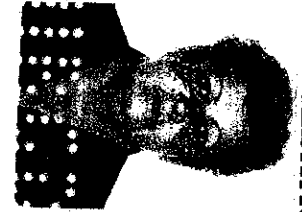
CC:LV.B48 /FLS.155 /N.009095

019523768/40

197 Delegado Divisionário
Roberto ANTONIO ENOQUE DE SOUZA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

8310-5



PROIBIDO PLASTIFICAR

Maria Aparecida de Souza

B650-053325

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 5240047479 MARIA APARECIDA DE SOUZA Situacao: Ativo
CPF: 019.523.768-40 NIT: 1.055.710.588-6 Ident.: 00013651787 SP

OL Mantenedor: 21.0.39.060 Posto : APS PINDAMONHANGABA SABI
OL Mant. Ant.: Banco : 104 CAIXA
OL Concessor : 21.0.39.060 Agencia: 264044 PINDAMONHANGABA

Nasc.: 04/04/1954 Sexo: FEMININO Trat.: 13 Procur.: NAO RL: NAO
Esp.: 32 APOSENTADORIA INVALIDEZ PREVIDENCIARIA Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00
Ramo Atividade: COMERCIAL Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filiacao: CONTRIBUINTE INDIVID Qtd. Dep. Informada: 00
Meio Pagto: C/C No 025049 TIPO: C/C INDIVIDUAL Dep. para Desdobr.: 00/00
Situacao: ATIVO Dep. valido Pensao: 00

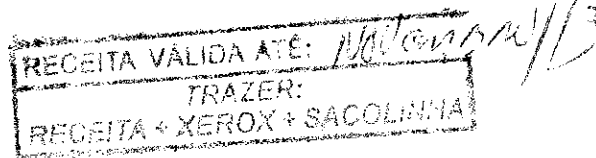
APR. : 0,00 Compet : 10/2013 DAT : 30/09/2005 DIB: 30/11/2007
MR.BASE: 639,85 MR.PAG.: 678,00 DER : 30/11/2007 DDB: 18/12/2007
Acompanhante: NAO Tipo IR: ISENTO DIB ANT: 14/11/2005 DCB: 00/00/0000

Window SISBEN/1 at DTJRJC3

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Thaina de Oliveira Jeha (CRM 132095)

Hospital do Rim e Hipertensão - Ambulatório Pós Transplante
Rua Pedro de Toledo, nº 1.121 - Vila Clementino - S.P.
CNPJ: 52.803.319/0001-59 - Fone/Fax: 11-3549-2170



Paciente: **Maria Aparecida de Souza**
Endereço: **PADRE VALTER DONATI, 54 Nova Esperanca**
Data Prescrição: **16 de setembro de 2013**
Prescrição:

Uso oral contínuo

1. Sulfametoxazol-trimetoprim 400/80mg-----^{23 SET 2013 30}----- 90 comprimidos

Tomar 1 comprimido, à noite, por 90 dias.

Justificativa: paciente transplantado renal, com indicação de quimioprofilaxia para toxoplasmose e pneumocistose.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:			
Iden.:	Órg. Emissor:		
End.:			
Cidade:	UF:		
Telefone:		Assinatura do Farmacêutico	Data: ___/___/___



Carta nº

47945803577

MARIA e familiares,

O Ministério da Saúde lhe envia esta carta para saber se você ou seu familiar foi bem atendido no Sistema Único de Saúde. Como você sabe, o atendimento foi totalmente custeado pelo SUS, com recursos pagos pelos cidadãos e que devem ser utilizados com toda atenção e respeito. É um direito de todos os brasileiros. Por isso, nosso objetivo com esta correspondência é verificar se o recurso enviado pelo Ministério da Saúde foi corretamente utilizado e saber sobre a qualidade e as condições dos serviços oferecidos na sua cidade e/ou no local onde foi realizado o atendimento.

A sua avaliação do serviço vai contribuir para melhorarmos a saúde no seu município e em todo o país. Por isso, pedimos que confira os dados do atendimento e responda o questionário que enviamos abaixo.

É importante seguir o tratamento e adotar, cada vez mais, hábitos saudáveis que vão melhorar a sua qualidade de vida. Se a pessoa atendida não pode responder por algum motivo, como impossibilidade física ou mesmo por falecimento, a carta pode ser respondida por um familiar ou pessoa mais próxima. Esse retorno é muito importante para verificarmos a qualidade do serviço prestado.

Lembre-se de que todo tratamento no SUS é gratuito. Se em algum momento houve alguma cobrança, tenha em mãos o número da carta e denuncie no Disque Saúde 136.

DADOS DO SEU ATENDIMENTO

Nome do Paciente: MARIA APARECIDA DE SOUZA

Data de Nascimento: 04/04/1954

Cartão Nacional de Saúde: 898001149978718

Unidade de Saúde: HOSPITAL DO RIM E HIPERTENSAO

Município: SAO PAULO

Estado: SP

Data de autorização do tratamento: 05/03/2013

Data final da autorização: 31/05/2013

Motivo do tratamento: ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORCAO PULMAO
CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS**VALOR TOTAL PAGO PELO SUS NO SEU TRATAMENTO**

R\$ | 322,33

**Doe Sangue.
Essa corrente
precisa de você.**

DISQUE SAÚDE
136
Disciplina Geral do SUS
www.saude.gov.br

Processado pelo DATASUS (FMH24N)

DATA: 11/11 RESPONSÁVEL:

INFORMAÇÃO PRESTADA POR:

OUTROS

NÃO PROCURADO

AUSENTE

RECUSADO

DESCONHECIDO

FALLECIDO

NÃO EXISTE O Nº INDICADO

ENDEREÇO INSUFICIENTE

MUDOU-SE

PARA USO DOS CORREIOS



0911365340021013000064447945803577



MINISTÉRIO DA SAÚDE
"DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO"
ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS - BRASÍLIA/DF

SUS
SUS
SUS



DATA DE POSTAGEM: 04/10/2013



MARIA APARECIDA DE SOUZA
PADRE VALTER DONATI 54

12426-260 PINDAMONHANGABA SP

023180



CDIPFLN_CARTASUSAPAC201309000009_002

SUS - PINDAMONHANGABA

Departamento Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

NOME: Maura Aparecida de Souza

Atestado Médico

Atesto, para devidos fins, que Maura Aparecida de Souza encontra-se em acompanhamento médico nesta unidade de saúde e com especialista sendo portadora de Insuficiência Renal crônica de causa indeterminada, realizou ~~200~~ 8 meses de tratamento dialítico e foi submetida a transplante Renal com doador vivo HLA II. No momento, encontra-se em acompanhamento no Hospital do Rim e Hipertensão com terapia imunossupressiva sendo necessário exames e consultas periódicas. Além disso, faz tratamento de Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus insulino dependente.

CID: Z940 + N18 + E11 + J10

Pindamonhangaba, 24 de outubro de 2013



SUS - PINDAMONHANGABA

Departamento Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

NOME: Maria A. SOUZA

no RX.

INSULINA NPH

cont

40 U MANH

80 AMOY

180 J.M.M

INSULINA REGULAR

cont

40 U 3x/d

no IM.

METFORMINA 850

cont

01 ca 3x/d

Dr. Edmundo M. Okamoto
Endocrinologista
CRM 46 996

24 JUL 2013

AT-1418113- 2NPH + 1Reg. Barnes

J Banks

ml

25/10/13

pro x

24/11/13

c/nova

recite p

SUS - Pindamonhangaba

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
LABORATÓRIO DR. PAULO EMILIO D'ALESSANDRO
R. MAJOR JOSÉ DOS SANTOS MOREIRA S/Nº

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

UNIDADE REQUISITANTE:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____	CÓDIGO DA UNIDADE										
NOME: <u>Aluis A. TOURS</u>	IDADE: _____										
END: _____											
SUSPEITA CLÍNICA: <u>AM</u>	<input type="checkbox"/> URGENTE										
HEMATOLOGIA	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO										
<u>G</u>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
<u>Hb A1c</u>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
<u>TSH</u>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
<u>CO L6 T F F</u>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
<u>glic</u>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
BIOQUÍMICOS - IMUNOLOGIA	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO										
<u>HbA1c</u>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
<u>M. ULC</u>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
<u>URUA</u>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
DIVERSOS	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

Dr. Edmundo M. Okamoto
Endocrinologista
CRM 86 906

ASSINATURA DO MÉDICO REQUISITANTE



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria do Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA

RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO

Nº da APAC	Validade da Apac	Próximo Atendimento	LME/ANO	PRONTUÁRIO
3513231601066	09/2013 a 11/2013	18/11/2013 A 21/11/2013	1771699/2013	000000250716G

NOME FANTASIA EXECUTANTE	CNES EXECUTANTE
ARE - TAUBATE(DR. RENEE RACHOU)	2044412
NOME FANTASIA SOLICITANTE	CNES SOLICITANTE
OSRAM-FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS	2089785

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	CPF	CNS		
MARIA APARECIDA DE SOUZA	019523768-40	898001149978718		
ENDEREÇO	COMPLEMENTO	CEP	BAIRRO	MUNICÍPIO
RUA PE. VALTER DONATO,54	CASA	12426260	NOVA ESPERANÇA	PINDAMONHANGABA

DISPENSAÇÃO

1º mês	Medicamento	Código SIASUS	Código Estoque	Qtde. Autorizada	Qtde. Entregue	Data de Entrega
1	TACROLIMO 1 MG (POR CAPSULA)	0604340060	6808	120	120	18/09/13
1	AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	0604530013	6656	90	90	18/09/13

Declaro que foi dispensado no período acima discriminado conforme assinatura do paciente ou responsável, o(s) medicamento(s) solicitado(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações ao paciente, quanto:

- Administração Interação com medicamentos e alimentação
 Armazenagem Situações especiais (infância, gestação, lactação e 3ª idade)
 Efeitos Adversos

Assinatura / Carimbo do(a) Farmacêutico(a) Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descritos bem como fui informado acerca das orientações sobre o correto uso e armazenamento do(s) mesmo(s)

- Paciente Representante

Assinatura do Paciente ou Representante

2º mês	Medicamento	Código SIASUS	Código Estoque	Qtde. Autorizada	Qtde. Entregue	Data de Entrega
1	TACROLIMO 1 MG (POR CAPSULA)	0604340060	6808	120	120	17/10/13
1	AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	0604530013	6656	90	90	17/10/13

Declaro que foi dispensado no período acima discriminado conforme assinatura do paciente ou responsável, o(s) medicamento(s) solicitado(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações ao paciente, quanto:

- Administração Interação com medicamentos e alimentação
 Armazenagem Situações especiais (infância, gestação, lactação e 3ª idade)
 Efeitos Adversos

Assinatura / Carimbo do(a) Farmacêutico(a) Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descritos bem como fui informado acerca das orientações sobre o correto uso e armazenamento do(s) mesmo(s)

- Paciente Representante

Assinatura do Paciente ou Representante

3º mês	Medicamento	Código SIASUS	Código Estoque	Qtde. Autorizada	Qtde. Entregue	Data de Entrega
1	TACROLIMO 1 MG (POR CAPSULA)	0604340060	6808	120	0	
1	AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	0604530013	6656	90	0	

Declaro que foi dispensado no período acima discriminado conforme assinatura do paciente ou responsável, o(s) medicamento(s) solicitado(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações ao paciente, quanto:

- Administração Interação com medicamentos e alimentação
 Armazenagem Situações especiais (infância, gestação, lactação e 3ª idade)
 Efeitos Adversos

Assinatura / Carimbo do(a) Farmacêutico(a) Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descritos bem como fui informado acerca das orientações sobre o correto uso e armazenamento do(s) mesmo(s)

- Paciente Representante

Assinatura do Paciente ou Representante

TAUBATÉ, 17 de Outubro de 2.013

14 de novembro de 2013



Receituário

São Paulo, de

de 20

Paciente: Sra. Maria Aparecida de Souza

Azatioprina 50 mg 90 **comprimidos:**
Tomar 150 mg pela manhã.

Tacrolimo 01 mg 120 **comprimidos:**
Tomar 2 mg de manhã e 2 mg à noite.

Medico: Carolina Araujo Rodrigues
CRM: 126408

Carolina

Dra. Marina Pontello Costa
CRM: 119.135
CNS: 894.0014 8225 5174



Comprovante de Agendamento

Nome: Maria Aparecida de Souza

Data de Nascimento: 04/04/1954

Prontuário: 89568

Número do transplante: 4946

Local: Rua Pedro de Toledo, 1121, Telefone: 11-3549-2170

Data: 16/12/2013

Horário:

7:00 chegada
ao Ambulatório

Médico: Thaina de Oliveira Jeha

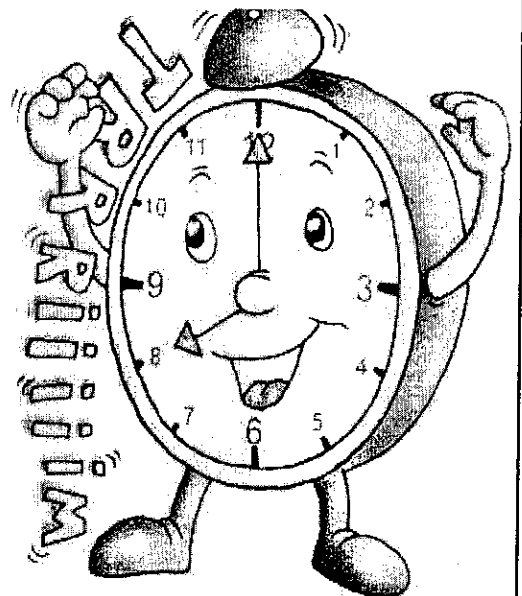
Data da coleta de exames: 16/12/13 as 6 horas, no Hospital do Rim e Hipertensão.

Orientações: Para concentração de Ciclosporina, Tacrolimo, Everolimo e Sirolimo, e dosagem de colesterol e triglicérides o jejum será de 12 horas. Para todos os outros exames, jejum de 8 horas.

Observação:

EVITE PROBLEMAS

1. Tome seus remédios todos os dias.
2. Nunca falte às consultas.
3. Reserve o dia da sua consulta para **VOCÊ**.
Aproveite para tirar todas as suas dúvidas.
4. Peça todas as receitas e laudos na hora da consulta.



Assinatura do usuário que agendou a consulta



SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAS
AMBULATÓRIO PÓS-TRANSPLANTE

Nome: Maria Aparecida de Souza

Número do Prontuário: _____

CREATININA

Tacrolimo

Ciclosporina

Sirolimo

Everolimo

Uso de Hipolipemiantes (TGO, TGP, Colesterol Total e Frações, Triglicérides, CPK, Hemograma)

Uso de Ferro EV ou Eritropoetina (Hemograma, ferro, saturação de transferrina, ferritina)

Uso de Bisfosfonato, Calcitriol, Carbonato de cálcio (Cálcio iônico, PTH)

OUTROS:

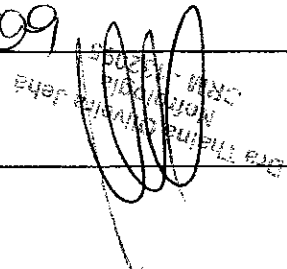
Obros

DATA DO RETORNO: 16/12/13

È NECESSÁRIO APRESENTAR DOCUMENTO COM FOTO

São Paulo, 16 de 09 de 13

Assinatura e Carimbo: _____



Uso do laboratório:

Data de nascimento: ___/___/___ Telefone: _____

Cartão do SUS: _____

Responsável pela coleta: _____ Horário: _____

Horário da última refeição: _____

Horário da última dose do imunossupressor: _____

SUS - PINDAMONHANGABA

Departamento Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

NOME:

Atstelo.

Atesto, para fins de isenção de Tarifa de Transporte público, que Marina Aparecida de Souza é portadora de Insuficiência Renal crônica de causa indeterminada, realizou 8 meses de tratamento dialítico e foi submetida a transplante Renal com doador vivo HLA II. Desde então, encontra-se em acompanhamento nesta unidade de saúde e no Hospital de Rim e Hipertensão com terapia imunossupressiva, sendo necessários exames e consultas periódicos.

CID: Z94.0 + N18 + E10

Pindamonhangaba, 07 de fevereiro de 2013

Manoel Alves
Médico
CRM 124317