



Câmara de Vereadores de Pindamonhangaba  
Estado de São Paulo

REQUERIMENTO

Ementa: Ao Prefeito Municipal, com cópia a Secretária de saúde, solicitando ajuda para uma criança da cidade de Pindamonhangaba a conseguir atendimento no NAP (Núcleo de Apoio Psicopedagógico).



Protocolo: 0002585/2014  
22/09/2014 - 13:44:39

**REQ Requerimento 1967/2014**

**Autor:** RODERLEY MIOTTO RODRIGUES

**Ementa:** AO PREFEITO MUNICIPAL, COM CÓPIA À SECRETÁRIA DE SAÚDE, SOLICITANDO AJUDA PARA UMA CRIANÇA DA CIDADE DE PINDAMONHANGABA A CONSEGUIR ATENDIMENTO NO NAP (NÚCLEO DE APOIO PSICOPEDAGÓGICO).

**APROVADO**

22 SET. 2014

Vereador Ricardo Piorino  
**Presidente**

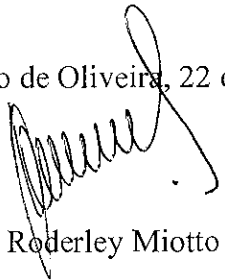
Senhor Presidente

Considerando que a mãe da criança vem tentando atendimento no núcleo a um ano;

Considerando que se trata de um criança com alguns distúrbios e necessita de acompanhamento.

REQUEIRO à Mesa, consultado o Plenário, seja oficiado ao Prefeito Municipal, com cópia a Secretária de saúde, solicitando ajuda para uma criança da cidade de Pindamonhangaba a conseguir atendimento no NAP (Núcleo de Apoio Psicopedagógico). Como mostra em anexo.

Plenário Dr. Francisco Romano de Oliveira, 22 de setembro de 2014.

  
Vereador Roderley Miotto



Escola REMEFI Profª Gilda Piorini Molica

## Relatório de Desenvolvimento Escolar

Aluna: Larissa Camargo Marques Rabello da Silva

Data de Nasc.: 31/01/2008

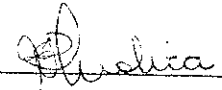
A aluna frequenta as aulas do 1º ano do Ensino Fundamental, no período da tarde, na Escola Municipal Profª. Gilda Piorini Molica e conta com o auxílio de uma professora de apoio em sala.

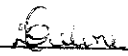
A mesma iniciou o ano letivo bastante insegura, tímida e quieta, precisava que a mãe lhe acompanhasse até a sala de aula, fazia o uso de chupeta dentro da escola, chorava com frequência, no intervalo se alimentava e não se socializava com os colegas e permanecia na maioria das vezes próxima a professora regente ou de apoio. Sentava-se sempre ao lado da professora regente para que a mesma a acompanhasse nos momentos que a professora de apoio não se encontrava, fazia suas atividades normalmente com o auxílio de alfabeto móvel e utilizando materiais concretos, mas desde o início do ano letivo não foi necessário fazer adaptações curriculares, pois a aluna se encontrava no mesmo nível de aprendizagem do restante da sala.

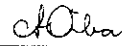
Até o presente momento a aluna apresenta avanços significativos referentes à aprendizagem e socialização. A mesma vem acompanhando os conteúdos da sala, permanece com a professora de apoio, mas não precisa sentar-se mais ao lado da professora regente, não se faz mais necessário a utilização do alfabeto móvel e os materiais concretos com frequência, faz escrita e leitura de acordo com o seu nível de escrita alfabética, utiliza recursos para resolver operações matemáticas e situações problemas. Encontra-se mais segura, participativa, já se relaciona bem com os colegas da escola, brinca no intervalo e não fica mais acompanhada da professora da sala ou apoio.

A aluna Larissa apresenta ações sistemáticas, como a de sentar-se sempre no mesmo lugar da sala de aula, não permitindo que a professora a troque de lugar, mas a cada dia apresenta avanços cada vez mais satisfatórios.

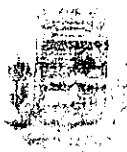
Pindamonhangaba, 30 de julho de 2014

  
Profª Regente da Sala

  
Profª de apoio

  
Gestora escolar

REMEFI - ESCOLA "GILDA  
PIORINI MOLICA"



PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E CULTURA

NÚCLEO DE APOIO PSICOPEDAGÓGICO - NAP

"DR. FRANCISCO ROMANO DE OLIVEIRA"



ENCAMINHAMENTO PSICOLÓGICO

Nome: Guilherme Camargo Marques Rabelle da Silva 112.423.619-3  
Data: 31/01/2018 Idade: 6 anos  
Escola: "Rafael Cyda Rorim Melica" Série/ano: 1º ano B  
Professor(a): Marcia Fuzinela Rorim Melica Período: Tarde  
Endereço: Av. Voluntários da Pátria, 100 Nº: 1000  
Bairro: Adanto Luzia Fone: 3648-8532 Cel: —

1 - Comportamento do (a) aluno (a) em sala de aula:

O aluno começa o ano letivo bastante inseguro, aborrece na escola, não participa durante as aulas, conversava com poucos alunos na sala e não brincava no intervalo. Hoje a situação já se resolveu melhor, não mais inseguro, não chora, mas a mãe ainda tem que acompanhá-lo na escola, pois a mesma não participa da fila com os colegas.

2 - Aspectos cognitivos:

Compreende bem as comandas individuais e na maioria das vezes as coletivas. Entende conceitos, sequências, identifica diferenças, tem boa memória e atenção.

3 - Aspectos motores:

No ambiente escolar o aluno não costuma cair, tem bom equilíbrio, anda, corre e pula. Nas atividades em folha, escreve e pinta nos espaços correspondentes e não demonstra ter dificuldade na coordenação motora fina.

4 - Aspectos pedagógicos:

O aluno até o momento acompanha as conteúdos trabalhados em sala, conta com uma professora de apoio, mas não necessita até agora de uma adaptação curricular.

5 - Considerações relevantes:

O aluno tem uma irmã gêmea que estuda na mesma sala de aula e foi diagnosticada pela neurologista como deficiente intelectual leve.

Pindamonhangaba: 04/08/2014

Gestor Geral

Alba

Gestor de Unidade

Professora  
Professor

ceituário

faime Lamiy R. R.  
Jlue, 5 anos, el etois de  
degenerativa, lumen de mudo,  
e el act. co mgo t mntal, mntal  
de pntetigme.  
Com um ou lachmagem  
e retida na.

F 10  
F 32  
F 48

04/11/13

*[Signature]*

SUS - PINDAMONHANGABA

Departamento Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

NOME:

Av Disque Saúde 192  
Lembre sempre  
Relato do caso  
Paciente a ser usado sempre  
muito parecido se sempre  
de agudos e subagudos

Micromita Brachia

Ats puchas

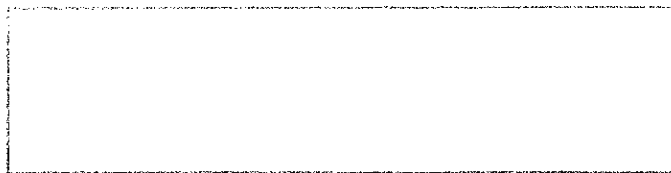
supra/  
23/08/2013

Assinatura do Médico  
MARCIA S. SILVA



# SUS - SP - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE COM ENDEREÇO E TELEFONE

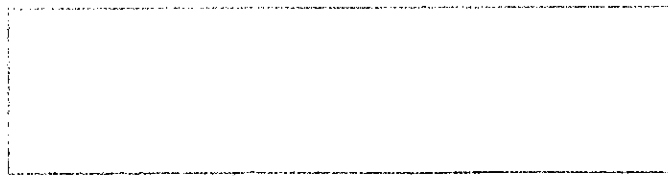
|                                                                                                         |                                                  |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Município: _____                                                                                        | Especialidade: <u>neuro pediatria</u>            |                                     |
| DIR: _____                                                                                              |                                                  |                                     |
| I - Identificação do Paciente                                                                           |                                                  |                                     |
| Nome: <u>Isadora Camargo Marques Sabella da Silva</u>                                                   |                                                  |                                     |
| Endereço: _____                                                                                         | Município: _____                                 |                                     |
| Idade: <u>04</u> Sexo: <u>F</u>                                                                         | Ocupação: _____                                  |                                     |
| Nome do Responsável: _____                                                                              |                                                  |                                     |
| II - Justificativa da Referência                                                                        |                                                  |                                     |
| História Progressiva e Quadro Clínico: <u>Uma tem dif. autista de</u>                                   |                                                  |                                     |
| Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica: <u>aprox. de 2 anos, trinta e</u><br><u>oito meses, com pulso.</u> |                                                  |                                     |
| Exames Realizados - Data e Resultados: <u>holter avulso</u>                                             |                                                  |                                     |
| Condução Terapêutica: _____                                                                             |                                                  |                                     |
| III - Motivo do Encaminhamento                                                                          |                                                  |                                     |
| <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO                                                                    | <input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA | <input type="checkbox"/> TRATAMENTO |
| <input type="checkbox"/> SEGUIMENTO                                                                     | <input type="checkbox"/> OUTRA ESPECIALIDADE     | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> OUTROS (ESPECIFICAR): _____                                                    |                                                  |                                     |
| IV - Nome do Médico Solicitante: _____                                                                  |                                                  | CRM: _____                          |
| Assinatura: _____                                                                                       |                                                  | Data: <u>03/09/14</u>               |
| V - Agendamento para                                                                                    |                                                  |                                     |
| Unidade: _____                                                                                          | Especialidade: _____                             |                                     |
| Endereço: _____                                                                                         | Bairro: _____                                    | Fone: _____                         |
| Município: _____                                                                                        | Data: ____/____/____                             | Horário: _____                      |
| Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento: _____                                                |                                                  |                                     |
| Data do Preenchimento: ____/____/____                                                                   |                                                  |                                     |

SUS - PINDAMONHANGABA



# SUS - SP - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE COM ENDEREÇO E TELEFONE

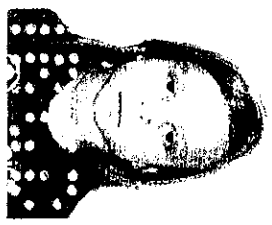
|                                                                                   |                                                  |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Município: _____                                                                  | Especialidade: <u>Neurologia</u>                 |                                     |
| DIR: _____                                                                        |                                                  |                                     |
| I - Identificação do Paciente                                                     |                                                  |                                     |
| Nome: <u>Barão Casagrande Marques Cabella da Silva</u>                            | Município: _____                                 |                                     |
| Endereço: _____                                                                   | Sexo: <u>F</u> Ocupação: _____                   |                                     |
| Idade: <u>69</u> Nome do Responsável: _____                                       |                                                  |                                     |
| II - Justificativa da Referência                                                  |                                                  |                                     |
| História Progressiva e Quadro Clínico: <u>uma consulta de acompanhamento</u>      |                                                  |                                     |
| Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica: <u>auto, mas há deficiência intelectual.</u> |                                                  |                                     |
| Exames Realizados - Data e Resultados: _____                                      |                                                  |                                     |
| Condução Terapêutica: _____                                                       |                                                  |                                     |
| III - Motivo do Encaminhamento                                                    |                                                  |                                     |
| <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO                                              | <input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO DIAGNOSTICA | <input type="checkbox"/> TRATAMENTO |
| <input type="checkbox"/> SEGUIMENTO                                               | <input type="checkbox"/> OUTRA ESPECIALIDADE     | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> OUTROS (ESPECIFICAR): _____                              |                                                  |                                     |
| IV - Nome do Médico Solicitante: _____                                            |                                                  | CRM: _____                          |
| Assinatura: <u>[Signature]</u>                                                    |                                                  | Data: <u>08/09/14</u>               |
| V - Agendamento para                                                              |                                                  |                                     |
| Unidade: _____                                                                    | Especialidade: _____                             |                                     |
| Endereço: _____                                                                   | Bairro: _____                                    | Fone: _____                         |
| Município: _____                                                                  | Data: ____/____/____                             | Horário: _____                      |
| Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento: _____                          |                                                  |                                     |
| Data do Preenchimento: ____/____/____                                             |                                                  |                                     |

SUS - PINDAMONHANGABA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8310-5

PROIBIDO PLASTIFICAR



LA RIBELLO

730.034063

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

58.687.062-3 10/MAI/2014

LARISSA CAMARGO MARQUES  
RABELLO DA SILVA  
RODRIGO RABELLO DA SILVA

E SAMARA CAMARGO MARQUES

PINDAMONHANGABA -SP 31/JAN/2008

PINDAMONHANGABA-SP  
PINDAMONHANGABA  
CN:LV.A210/FLS.435 /N.065235  
480698798/07

197 Delegado - Divisionário  
RODRIGO RABELLO DA SILVA JRGD.SSP.SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE PINDAMONHANGABA  
Unidade II - PRONTO SOCORRO  
Unidade III - AMBULATÓRIO ORTOPEDIA

CADASTRO: 032.333

Nome: LARISSA CAMARGO MARQUES RABELLO DA SILVA  
Sexo: Fem Identidade: CN 65235 435 210 Nasc: 31/1/2008  
Endereço: TRAVESSA VOLUNTÁRIO VITORIANO BORGES, 1000  
Bairro: SÃO BENEDITO  
Município: PINDAMONHANGABA UF: SP  
Telefone: 9111 5950 Emissão: 1/3/2011

Sistema Único de Saúde

LARISSA C. M. RABELLO DA SILVA

Data Nasc.: 31/01/2008 Sexo: F

898 0034 0834 7079



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde  
SUS

ALADIA MOREIRA MARQUES  
RUA VOL VITORIANO BORGES 1000

Emissão  
14/06/2013

Apresentação  
19/06/2013

12400-000 TABAU / PINDAMONHANGABA - SP  
CLASSIFICAÇÃO: 110-RESIDENCIAL  
COD. IDENT. 0041699157 COD. FISCAL OPERAÇÃO: 5258  
TENSÃO NOMINAL: 220 / 127 V BIFÁSICO  
ROTEIRO DE LEITURA: B09PI02M00003  
NR Medidor: 6698508

Atenção

Atualize seu cadastro nas agências de atendimento, call center ou pelo site da EDP Bandeira:

Reservado ao Fisco: F0F5.BAF6.BC82.CD80.3826.3511.543A.8CA5

Referência de Débito Automático: 100416991579

| Descrição | Nr do Medidor | Leitura Anterior | Leitura Atual | Const. Mult. | Qtde Kwh mês |
|-----------|---------------|------------------|---------------|--------------|--------------|
|           | 6698508       | 62.782           | 63.237        | 1,00000      | 455,00       |

Período de Faturamento

|                  |            |
|------------------|------------|
| Leitura Anterior | 14/05/2013 |
| Leitura Atual    | 13/06/2013 |
|                  | 12/07/2013 |

Local de Consumo

ALADIA MOREIRA MARQUES  
CNPJ/CPF/CID: 10985709871  
RUA VOL VITORIANO BORGES 1000  
12400-000 TABAU / PINDAMONHANGABA - SP

Aviso

| Descrição      | Quantidade | Preço Médio | Total (R\$) |
|----------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo        | 455 KWH    | 0,38791209  | 176,50      |
| Consumo Seguro | 455 KWH    | 0,13529000  | 130,07      |
| Tributos       | B. Cálculo | X Aliquota  | =           |
| PIS            | 176,50     | 0,24%       | 0,42        |
| COFINS         | 176,50     | 1,07%       | 1,88        |
| ICMS           | 176,50     | 25,00%      | 44,13       |

R\$ 182,20

455

Em Jan/2014 vigorarão as bandeiras tarifárias. A verde não implicará cobrança adicional. A amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. Nesta fatura vigorará a bandeira vermelha, a qual implicará em R\$ 0,03000/KWh acrescidos a tarifa, líquido de tributos. Informações [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

Curto Cliente

Agradecemos a pontualidade no pagamento