



Câmara de Vereadores de Pindamonhangaba

Estado de São Paulo

REQUERIMENTO

Ementa: Ao Executivo Municipal, com cópia ao Departamento Competente, solicitando informações a respeito da paciente Maria José Gulin Gotola, portadora do cartão do SUS nº 898003733578572, que aguarda para realizar o exame de cateterismo – **com urgência** - conforme pedido médico anexo.

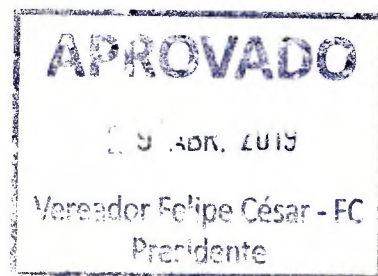
REQUERIMENTO Nº 1337/2019

Autor: RENATO NOGUEIRA GUIMARÃES

Ementa: AO EXECUTIVO MUNICIPAL, COM CÓPIA AO DEPARTAMENTO COMPETENTE, SOLICITANDO INFORMAÇÕES A RESPEITO DA PACIENTE MARIA JOSÉ GULIN GOTOLA, PORTADORA DO CARTÃO DO SUS Nº 898003733578572, QUE AGUARDA PARA REALIZAR O EXAME DE CATETERISMO - COM URGÊNCIA - CONFORME PEDIDO MÉDICO ANEXO.

PROTOCOLO GERAL Nº 1450/2019

Data: 29/04/2019 - Horário: 13:42



Senhor Presidente:

Considerando que recebemos uma solicitação da paciente.

REQUEIRO à Mesa, consultado o Plenário, seja oficiado ao Executivo Municipal, com cópia ao Departamento Competente, solicitando informações a respeito da paciente Maria José Gulin Gotola, portadora do cartão do SUS nº 898003733578572, que aguarda para realizar o exame de cateterismo – **com urgência** - conforme pedido médico anexo.

Plenário Dr. Francisco Romano de Oliveira, 29 de abril de 2019.


Vereador RENATO NOGUEIRA GUIMARÃES – RENATO CEBOLA

700-9004

2957560

SUS Sistema Ministério
União de da Saúde
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

1/15.1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 2 - CNES: 2957560

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE: ANDRÉA QUELICHES SILVA
 2 - DATA DE NASCIMENTO: 09/08/2002
 3 - NOME DA MÃE: ANDRÉA QUELICHES SILVA

4 - ENDEREÇO: AV. QUINZE DE Novembro - 715
 5 - CIDADE: BRASÍLIA
 6 - ESTADO: DF
 7 - CEP: 71200-010

8 - TELEFONE DE CONTATO: 3012-1234
 9 - TELEFONE DE CONTATO: 3012-1234

PROCEDIMENTO SOLICITADO

02111030010

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

02111030010

02111030010

1203
29399521

750-900.7 => URGENTE

SUS Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL fls. 1.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: Ureva

2 - CNES: 27551033

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Aruba Juliana Quiró

4 - Nº DO PRONTUÁRIO: 3298197

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 898.0037 8357857 2

6 - DATA DE NASCIMENTO: 20/11/57

7 - SEXO: Masc. Fem.

8 - RAÇA/COR: BRANCA

9 - NOME DA MÃE: Aruba Juliana Quiró

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 35273111

11 - NOME DO RESPONSÁVEL: Aruba Juliana Quiró

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 35273111

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Oliveira Penitencado - 715 Uda Rica

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Paranáma - Mato Grosso do Sul

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 1353500

16 - UF: MS

17 - CEP: 79124-200

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0211102101010

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Intervenção em Coronária + UTE

20 - QTDE: 1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Angina instável

37 - CID10 PRINCIPAL: I20

38 - CID10 SECUNDÁRIO: I21

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: I25

40 - OBSERVAÇÕES: paciente com angina instável, em tratamento com aspirina e nitroglicerina, com sintomas de dor no peito, sendo necessário procedimento de intervenção em coronária.

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dr. Isabel F. L. G. Silva

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 14/11/14

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): Cardiologia CRM - SP 76869

44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 200974755761007

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. Isabel F. L. G. Silva

46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: MS

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): 3298197

48 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 200974755761007

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 14/11/14

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Cardiologia CRM - SP 76869

52 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: 30 dias

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

53 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: Ureva