



# Câmara de Vereadores de Pindamonhangaba

## Estado de São Paulo

### REQUERIMENTO

Ementa: Ao Executivo Municipal, com cópia ao Departamento Competente, solicitando informações sobre os procedimentos adotados para a paciente Larissa Aparecida Monteiro da Silva cartão do SUS nº 704602639570929

#### REQUERIMENTO Nº 3186/2019

**Autor:** RENATO NOGUEIRA GUIMARÃES

**Ementa:** AO EXECUTIVO MUNICIPAL, COM CÓPIA AO DEPARTAMENTO COMPETENTE, SOLICITANDO INFORMAÇÕES SOBRE OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA A PACIENTE LARISSA APARECIDA MONTEIRO DA SILVA CARTÃO DO SUS Nº 704602639570929.

#### PROTOCOLO GERAL Nº 3634/2019

Data: 14/10/2019 - Horário: 14:41



Senhor Presidente:

Considerando que recebemos a informação que o paciente já recebeu o encaminhamento para a cirurgia bariátrica.

REQUEIRO à Mesa, consultado o Plenário, seja oficiado ao Executivo Municipal, com cópia ao Departamento Competente, solicitando informações sobre os procedimentos adotados para a paciente Larissa Aparecida Monteiro da Silva cartão do SUS nº 704602639570929

Plenário Dr. Francisco Romano de Oliveira, 14 de setembro de 2019.

  
Vereador RENATO NOGUEIRA GUIMARÃES - Renato Cebola

1016526 9954029



SUS - SP - SISTEMA UNICO DE SAUDE  
GUIA DE REFERENCIA

CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS  
P.M. PINDAMONHANGABA, SP

**I - Identificação do Paciente**  
 Nome: Carla Cristina de Souza  
 Sexo: F  
 Data de Nascimento: 10/05/1978  
 Estado: SP Município: Pindamonhangaba  
 Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

**II - Justificativa da Referência**  
 História Previa e Estado Clínico: Unidade para 2ª via  
de referência  
 Diagnóstico de Referência: \_\_\_\_\_  
 Exames Realizados - Data e Resultados: \_\_\_\_\_  
 Outros Exames: \_\_\_\_\_

**III - Motivo de Encaminhamento**  
 DIAGNOSTICO       CONFIRMAÇÃO DIAGNOSTICA       TRATAMENTO  
 SEGUIMENTO       OUTRA ESPECIALIDADE       INTERNACÃO  
 OUTROS (ESPECIFICAR): \_\_\_\_\_

**IV - Nome do Médico Solicitante:** \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: [Assinatura] Data: 11/05/18

**V - Agendamento para** \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_  
 Unidade: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ Rua: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento: \_\_\_\_\_  
 Data do Preenchimento: \_\_\_\_\_

SUS - PINDAMONHANGABA