



Barra do Garças  
Estado de Mato Grosso

APROVADO POR UNANIMIDADE

Em sessão de 08/05/17



Câmara Municipal  
BARRA DO GARÇAS Ano 2017  
Poder Legislativo Municipal  
Plenário das Deliberações

**Protocolo**

N.º402, Liv. 26, Fls. \_\_\_\_ Em 08/05/2017.

às 12:20hs.

Assinatura do Funcionário

- Projeto de Lei  
 Projeto de Decreto do Legislativo  
 Projeto de Resolução  
 **Requerimento**  
 Indicação  
 Moção de  
 Emenda

Nº.045/2017

Autor: **Vereador JULIO CESAR GOMES DOS SANTOS - PSDB**

Senhor Presidente:

Requeiro à Mesa, forma regimental e após cumprimento das formalidades regimentais e deliberação do Plenário, seja encaminhado expediente ao Prefeito Municipal de Barra do Garças, Secretário de Saúde, com cópia ao Ministério Público de Barra do Garças, solicitando informações sobre o funcionamento do aparelho de tomografia, do Pronto Socorro Municipal, esclarecendo as seguintes arguições:

- Desde quanto o referido aparelho não está funcionando?
- Se a informação procede, quais as medidas que o Poder Público está tomando para solucionar esse problema?
- Existe uma previsão de quando esse aparelho será consertado?
- E Como fica a situação da paciente Sra. Xênia Dejaine Silva que necessita com urgência de tomografia de crânio, com laudo médico? E dos demais pacientes que aguardam o agendamento do seu exame de tomografia computadorizada?
- Solicitamos que seja regularizada urgentemente na rede pública de Saúde de Barra do Garças, as solicitações de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA que chega a demorar até 06 (seis) meses para os munícipes realizarem esses exames. Sugiro até um mutirão para regularizar a situação.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., 27 de abril de 2017.

**JULIO CESAR GOMES DOS SANTOS**

Vereador-PSDB

Membro de Comissão de Obras Públicas, Transp. Comum. e Meio Ambiente







GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Policlínica Santo Antônio



FORMULÁRIO DE  
 SOLICITAÇÃO  
 DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome	Município	Distrito

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome		Data de Nascimento	Idade
Xenia Depaine Silva de Souza		10/09/82	34A
Sexo	Nº Cartão SUS	Endereço	
MASC <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/>	70340738514200	Rua B nº 739	
Bairro	CEP	Cidade	UF
Vila Maria	78.600.000	Barragem do Garças	MT
Bairro	Assinatura do Paciente	Data da Assinatura	
Vila Maria	Xenia Depaine S. de Souza		

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

Exames persistentes, sem melhora  
 com medicações habituais.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E Nº CID

Difusão a esclerose

DA SOLICITAÇÃO

Exame Solicitado:			
<input type="checkbox"/> Raios X	Tipo:	<input type="checkbox"/> USG Tipo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Tomografia	Tipo: <i>crânio</i>	<input type="checkbox"/> Ressonância Magnética Tipo:	
<input type="checkbox"/> Cintilografia	Tipo: <i>com laudo.</i>		
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> Retosigmoidoscopia	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma
<input type="checkbox"/> Litotripsia	<input type="checkbox"/> Memografia	<input type="checkbox"/> Teste Ergométrico	<input type="checkbox"/> Mapa
<input type="checkbox"/> Outros - Especificar:	<input type="checkbox"/> Teste do Pezinho	<input type="checkbox"/> Denzitometria	<input type="checkbox"/> ECG
Patologia Clínica	<input type="checkbox"/> Marcadores Tumorais Tipo:	<input type="checkbox"/> Teste do Pezinho	
Assinatura e carimbo do Médico	<i>1º G. Siqueira</i>	Data da Assinatura	06/09/12

DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS

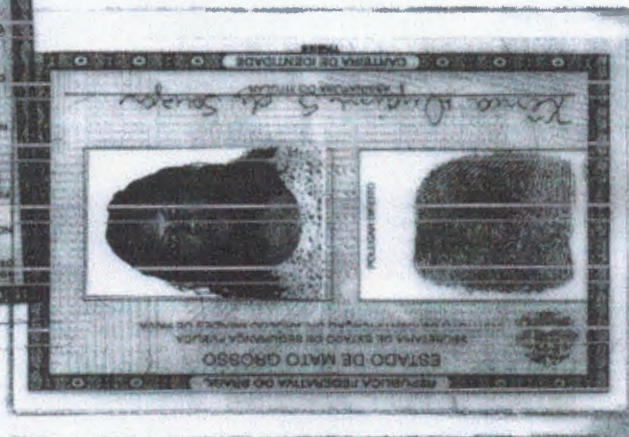
Assinatura e carimbo do autorizador	Data da Assinatura

DA UNIDADE PRESTADORA

Nome da Unidade Prestadora	Data e Horário da Realização do Exame
Assinatura e Carimbo do Prestador	

XENIA

JULIANA



3ª etapa

92901-9673 XENIA

<b>BARSA DO GARGAS</b> Rua: B. 759-VILA MARIA-DANEA DO GARGAS-MT-cnpj: 76600-000 HORADON: XENIA DEJAINIE SILVA DE SOUZA 210027-3 / 3/2017		015 415575597												
015-00041-00195 1 Residência (1) - Informal														
21/02/2017 149 24/03/2017 185														
VALOR REFERENTE A CIA - 49,64 JUROS POR ATRASO 01/2017 0,56 MULTA POR ATRASO 01/2017 1,19														
30/04/2017 51,37														
*** NOTIFICAÇÃO *** Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta prestação ocasionará a suspensão dos serviços, conforme leis Federais nº 11.487/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.														
<table border="1"> <tr> <th>PERÍODO</th> <th>VALOR</th> <th>DATA DE VENCIMENTO</th> </tr> <tr> <td>01/2017</td> <td>49,64</td> <td>01/2017</td> </tr> <tr> <td>02/2017</td> <td>0,56</td> <td>02/2017</td> </tr> <tr> <td>03/2017</td> <td>1,19</td> <td>03/2017</td> </tr> </table>			PERÍODO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO	01/2017	49,64	01/2017	02/2017	0,56	02/2017	03/2017	1,19	03/2017
PERÍODO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO												
01/2017	49,64	01/2017												
02/2017	0,56	02/2017												
03/2017	1,19	03/2017												