Câmara Municipal de Mococa
PODER LEGISLATIVO

PROTOCOLO

Número	Data	Rubrica
436	24/02/14	

DESPACHO

APROVADO
Sala das Sessões 24/02/14

GUILHERME DE SOUZA GOMES
PRESIDENTE

EMENTA

Solicita informações ao Exmo. Sr. Promotor de Justiça, Dr. André Camilo Castro Jardim, acerca da intervenção desta Promotoria no intuito de se agilizar atendimento médico da Senhora Maria Helena dos Reis Gregório.

REQUERIMENTO Nº. 164 /2014.

EXMO. SR. PRESIDENTE:

REQUEIRO à Mesa, cumpridas as formalidades Regimentais da Casa, após a manifestação do Nobre Plenário, no sentido de ser oficiado ao Exmo. Sr. Promotor de Justiça, Dr. André Camilo Castro Jardim, para que Sua Excelência, informe a esta Casa de Leis, acerca da intervenção desta Promotoria no intuito de se agilizar atendimento médico da Senhora Maria Helena dos Reis Gregório.

Justificativa:-

Este Vereador recebeu uma carta (anexo) da Senhora Maria Helena dos Reis Gregório, onde relata suas dificuldades em encontrar tratamento em face de uma prótese deslocada no quadril direito. Desde o dia 29 de junho de 2013, sofre com as fortes dores, e só será atendida em 16 de maio de 2014, e enquanto isso clama por socorro pois não suporta a dor. E até para os leigos é evidente que a prótese que encontra-se em seu corpo está totalmente deslocada, não havendo "ossos" para sua fixação.

Por a saúde ser um direito, e esta Promotoria sempre estar em busca de soluções para o alcance da dignidade humana, encaminho a Vossa Excelência toda documentação, para que analise e tome as providências que achar necessário.

Plenário Venerando Ribeiro da Silva, 24 de fevereiro de 2014.

LUIZ BRAZ MARIANO
Vereador/PSC

Excelentíssimo

Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de direito:

Eu, Maria Helena dos Reis Gregorio brasileira divorciada portadora do RG. 26.898.187-1 e do CPF. 854.834.866/68 residente e domiciliada na Rua: Manoel Carlos de Siqueira, 356 F (Mococaquinha) Mococa - SP venho, respeitosamente, à presença de Vossa Excelencia expor e requerer o quanto segue:
1: Comecei c/ fatos dores na coluna, em virtude de uma protese deslocado no quadril direito. No dia 29/06/13 passei c/ o Dr: Marco Aurelio ele me receitou varios medicamento mais nada adiantou. Como não melhorou voltei a passar com o medico novamente não data 28/08/13 ele me passou os mesmo medicamentos e desta data para cá nos teve melhor em nada e ele me encaminhou para S. José e o Dr: Gustavo disse que não há o que fazer. No dia 29/01/14 fui para C. Branco e o Dr: Marcio Queria me pedir p fazer exames no dia 12/02/14 fui ao retorno e ele me disse que o meu problema não é para ele: Que o meu caso tem que ser em Campinas no (Unicamp) So que tem vaga no dia 16/05/14. Eu estou sem medicação c/ fatos dores e sem poder andar tendo em vista com grande sofrimento pois q pode parar c/ o perigo eminente e haver um maior deslocamento da protese q deverá ser trocado no cirurgia q deverá ser realizada regendo medico urgentemente.

Por interferencia:

Mococa, 24 de fevereiro 2014.

MARIA HELENA DOS REIS GREGORIO.

Maria Helena dos Reis Gregorio

HOSPITAL SANTA LYDIA
Instituição de Utilidade Pública - Decreto Federal nº 71.846
Rua Tamandaré, 434 - Cep 14085-070 - Ribeirão Preto - SP
Fone / Fax: (16) 605-4848 - Caixa Postal 208

Ficha Médica

Declaro para devidos fins que
Maria Helena O. Ferreira
deu entrada neste Hosp
dia 26.05.96 com Sintomas
de grau (6), Submetida a
Pré-Op Grau 6 em CE-7-97,
Atende continua c/ +L
com Endocrinologista em Acompanh
desde 1994 até mais ou
Menos

26.05.96

Dr. Marcus A. Preti
CRM 92181

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO
R. Cel. Alípio Dias, 620 - Fone (19) 3682-9090
São José do Rio Pardo - Estado de São Paulo

Para

Maria Helena dos Reis Gregório

A/C Secretaria de Saúde

Paciente sofreu fratura de Prótese do quadril direito para dentro da pelve. Sugiro seu encaminhamento para o Hospital Sta Casa em Ribeirão Preto onde foi realizada sua cirurgia, pois, necessitará de acompanhamento de cirurgião Vascular e UTI nível III.

Grato

Obs. paciente deverá acompanhamento no UNICAMP?

Dr. Guilherme Gregório
CRM 52.941-04

26/11/13

UNICAMP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

MARIA HELENA DOS REIS GREGORIO
HC: 00.84.60.86-0 HC
CNS: 210213162120002
NASC.: 03/09/1954

121343 - HC - 96047 - jan/00

IMPORTANTE

1 - Este Cartão é pessoal e intransferível;

2 - Para ser atendido no Hospital, deve apresentar este Cartão;

3 - Conserve-o em bom estado;

4 - Compareça ao Registro, se mudar de endereço ou de nome (casamento ou separação).

121343 (V) - HC - 96047 - jan/00

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTA

Código: 15768530

Nome: MARIA HELENA DOS REIS GREGORIO

Prontuário:

Data Consulta: 12-02-2014 **Horário:** 09:30

--- CHEGAR ÀS: 09:00 ---

Médico: MARCIO GUERRA

Especialidade: Ortopedia

Local: AME CASA BRANCA

Endereço: RUA PEDRO DE TOLEDO, 48
CENTRO
CASA BRANCA - SP

Ponto de Referência: PRÓXIMO A ESCOLA DR FRANCISCO TOMAS DE CARVALHO (INSTITUTO)

Orientação: CASO O PACIENTE SEJA MENOR DE 18 ANOS É OBRIGATÓRIO QUE ESTEJA ACOMPANHADO POR UM RESPONSÁVEL ADULTO.

TERMO DE RESPONSABILIDADE
ME RESPONSABILIZO EM COMPARECER AO AME,

NA DATA ACIMA PARA: () EXAMES ( ) CONSULTA ( ) RETORNO.
ESTOU CIENTE QUE EM CASOS DE FALTA AVISAR COM ANTECEDêNCIA MINIMA DE 48 HORAS
SEREI REAGENDADO QUANDO HOUVER DATA. SE NãO AVISAR
MEU EXAME/CONSULTA SERá CANCELADO E SOMENTE RETORNAREI AO AME ATRAVéS
DE NOVO AGENDAMENTO REALIZADO PELO MUNICíPIO;

OBS: EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER COLHIDOS DENTRO DE 30 DIAS.

Informações ou Cancelamento, ligue: (19) 3671-8000

Solicitante: AME CASA BRANCA

Usuário: TATIANA P. MELO

Controle: 42988547 - 2014-01-29 08:34:55

OBRIGATÓRIO:

Apresentação de RG ou CNH ou Certidão de Nascimento originais,
Cartão SUS, Comprovante de Endereço e Encaminhamento Médico.
Trazer exames anteriores caso possua.

PACIENTE: 00846086-0 MARIA HELENA DOS REIS GREGORIO
NUMERO DA REQUISICAO: 2013-148209

1. EXAME: RAIO-X DO QUADRIL
LOCAL: SERVICO DE RADIOLOGIA — FAIXA BRANCA 1
DATA / HORA DO EXAME: 09/05/2014 as 08:45 HS

OBSERVACOES IMPORTANTES

1. NO DIA DO EXAME COMPARECER NA RECEPCAO OBRIGATORIAMENTE E ENTREGAR A REQUISICAO NO MINIMO 30 MINUTOS ANTES DO AGENDAMENTO.

2. VIR COM ROUPAS QUE NAO CONTENHAM PARTES METALICAS (ZIPER, COLCHETE, BOTAO METALICO, ENFEITES, ETC.)

3. E OBRIGATORIO A PRESENCA DE ACOMPANHANTE PARA PACIENTES: CRIANCAS, IDOSOS E PACIENTE COM LIMITACAO FISICA OU PROBLEMAS ESPECIAIS.

4. EM CASO DE GRAVIDEZ OU SUSPEITA DE GRAVIDEZ, INFORMAR A RECEPCAO.

2. EXAME: RAIO-X DA BACIA
LOCAL: SERVICO DE RADIOLOGIA — FAIXA BRANCA 1
DATA / HORA DO EXAME: 09/05/2014 as 09:00 HS

OBSERVACOES IMPORTANTES

1. NO DIA DO EXAME COMPARECER NA RECEPCAO OBRIGATORIAMENTE E ENTREGAR A REQUISICAO NO MINIMO 30 MINUTOS ANTES DO AGENDAMENTO.

2. VIR COM ROUPAS QUE NAO CONTENHAM PARTES METALICAS (ZIPER, COLCHETE, BOTAO METALICO, ENFEITES, ETC.)

3. E OBRIGATORIO A PRESENCA DE ACOMPANHANTE PARA PACIENTES: CRIANCAS, IDOSOS E PACIENTE COM LIMITACAO FISICA OU PROBLEMAS ESPECIAIS.

4. EM CASO DE GRAVIDEZ OU SUSPEITA DE GRAVIDEZ, INFORMAR A RECEPCAO.

*** FIM DE IMPRESSAO ***

UNICAMP

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM PACIENTES AMBULATORIAIS

MATRÍCULA-HC: 246086-0 | PRÉ-MATRÍCULA | DATA EMISSÃO

NOME DO PACIENTE

DATA DA CONSULTA DE RETORNO / / | ESTÁ GRÁVIDA? ☐ SIM ☐ NÃO | ESTÁ AMAMENTANDO? ☐ SIM ☐ NÃO | PESO Kg G | ALTURA M Cm

HC E ASSOCIADOS

UNIDADE DE SAÚDE - CÓDIGO E NOME

UNIDADE DE ATENDIMENTO - CÓDIGO E NOME

ESPECIALIDADE - CÓDIGO E NOME

LEITO

EXTERNOS

DATA NASCIMENTO | SEXO ☐ M ☐ F ☐ I

COR DA PELE ☐ B - BRANCA ☐ P - PRETA ☐ A - AMARELA ☐ M - PARDA

UNIDADE DE SAÚDE - CÓDIGO E NOME

MÉDICO SOLICITANTE - NOME | CRM/CRO | CLASSE | TELEFONE | ASSINATURA

SERVIÇO EXECUTANTE	SIGLA DO EXAME	AGENDA PARA: ☐ 1ª VAGA DISPONÍVEL ☐ PRÓXIMO AO RETORNO ☐ PARA O DIA E HORA	SITUAÇÃO DO AGENDAMENTO
DETALHAMENTOS (POSIÇÃO, LADO, TÉCNICA)			
SERVIÇO EXECUTANTE	SIGLA DO EXAME	AGENDA PARA: ☐ 1ª VAGA DISPONÍVEL ☐ PRÓXIMO AO RETORNO ☐ PARA O DIA E HORA	SITUAÇÃO DO AGENDAMENTO
DETALHAMENTOS (POSIÇÃO, LADO, TÉCNICA)			
SERVIÇO EXECUTANTE	SIGLA DO EXAME	AGENDA PARA: ☐ 1ª VAGA DISPONÍVEL ☐ PRÓXIMO AO RETORNO ☐ PARA O DIA E HORA	SITUAÇÃO DO AGENDAMENTO
DETALHAMENTOS (POSIÇÃO, LADO, TÉCNICA)			
SERVIÇO EXECUTANTE	SIGLA DO EXAME	AGENDA PARA: ☐ 1ª VAGA DISPONÍVEL ☐ PRÓXIMO AO RETORNO ☐ PARA O DIA E HORA	SITUAÇÃO DO AGENDAMENTO
DETALHAMENTOS (POSIÇÃO, LADO, TÉCNICA)			
SERVIÇO EXECUTANTE	SIGLA DO EXAME	AGENDA PARA: ☐ 1ª VAGA DISPONÍVEL ☐ PRÓXIMO AO RETORNO ☐ PARA O DIA E HORA	SITUAÇÃO DO AGENDAMENTO
DETALHAMENTOS (POSIÇÃO, LADO, TÉCNICA)			
SERVIÇO EXECUTANTE	SIGLA DO EXAME	AGENDA PARA: ☐ 1ª VAGA DISPONÍVEL ☐ PRÓXIMO AO RETORNO ☐ PARA O DIA E HORA	SITUAÇÃO DO AGENDAMENTO
DETALHAMENTOS (POSIÇÃO, LADO, TÉCNICA)			

RESUMO DA OBSERVAÇÃO CLÍNICA (OBRIGATÓRIO)

MEDICAÇÃO EM USO

TEM EXAME ANTERIOR? ☐ SIM ☐ NÃO DESCREVER OS RESULTADOS DOS OUTROS EXAMES

DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU OBJETO DO EXAME

1.

2.

PROBABILIDADE DIAGNÓSTICA ☐ ALTA ☐ MODERADA ☐ BAIXA

☐ ALTA ☐ MODERADA ☐ BAIXA

REMETENTE: HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP - SISTEMA DE AGENDAMENTO
CAIXA POSTAL 6142 - CEP 13083-888 - CAMPINAS - SP

NOME DO PACIENTE: MARIA HELENA DOS REIS GREGORIO

RUA: MANOEL CARLOS SIQUEIRA

NUM: 356

BAIRRO: VILA SANTA CRUZ

CIDADE: MOGOCA UF: SP

CEP: 13754 - 230

CODIGO DE AGENDAMENTO: 30009-16052014-1-0084s0860

MATRICULA : 00.84.60.86-0

AMBULATORIO : 30009 - ~~ORTOPEDIA~~ - CIRURGIA DO QUADRIL ADULTO

DATA: 16/05/2014	HORA: 07:30	ANDAR: 2	LOCAL: FAIXA PRETA1

O R I E N T A C O E S A O P A C I E N T E

1- NO DIA DA CONSULTA OU PROCEDIMENTO TRAZER ESTA ORIENTACAO PARA ATENDIMENTO.

2- QUANDO DA PRIMEIRA CONSULTA NO HC, DIRIGIR-SE A SECAO DE REGISTRO, APRESENTANDO TAMBEM A CEDULA DE IDENTIDADE (RG), OU OUTRO DOCUMENTO QUE CONTENHA: NOME, LOCAL E DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE E OS NOMES COMPLETOS DOS PAIS.

- EM SE TRATANDO DE CRIANCA, TRAZER CERTIDAO DE NASCIMENTO

- EM SE TRATANDO DE MULHER CASADA, TRAZER CERTIDAO DE CASAMENTO

3- / /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /

4- / /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /

5- / /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /

***** RESERVADO PARA ANOTACOES MEDICAS *****

( ) R E T O R N O ( ) PRAZO MINIMO ___ DIAS

( ) DATA __/__/____ HORARIO __ : __

( ) VINCULADO A PROCEDIMENTO(S) ESPECIALIZADO(S)

ENVIAR RAIO-X ANTERIORES C/ PRONTUARIO? (S/N) _ AUT. VAGA MED. (CRM): _____

IMPORTANTE: SEMPRE QUE VIER AO HC, TRAZER SEU CPF(CIC) E COMPROVANTE DE ENDERECO COM NUMERO DO CEP.

Prefeitura Municipal de Mococa

SUS - SP **RECEITUÁRIO**

Nome:_____

À Unicamp - Fx preta !

A paciente Maria Helena dos Reis Gregório não está passando bem, está com muita dor e o retorno para Maio/14 está muito longe.
Se possível agendar a Consulta.

Grata

Data 03/12/2013

HOSANA MARIA SILANO
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS 9566

Carimbo e Assinatura do Profissional

REMETENTE: HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP - SISTEMA DE AGENDAMENTO
CAIXA POSTAL 6142 - CEP 13083-888 - CAMPINAS - SP

NTC 11:30
à 04:00 hrs
Sup. São Francisco
NRC 11:50

NOME DO PACIENTE: MARIA HELENA DOS REIS GREGORIO

UA: MANOEL CARLOS SIQUEIRA

UF: 356

BAIRRO: VILA SANTA CRUZ

IDADE: MOCOCA UF: SP

CEP: 13734 - 230

CODIGO DE AGENDAMENTO: 30009-17052013-1-008460860

MATRICULA : 00.84.60.86-0

AMBULATORIO : 30009 - ORTOPEDIA - CIRURGIA DO QUADRIL ADULTO

DATA: 17/05/2013	HORA: 07:30	ANDAR: 2	LOCAL: FAIXA PRETA1

O R I E N T A C O E S A O P A C I E N T E

NO DIA DA CONSULTA OU PROCEDIMENTO TRAZER ESTA ORIENTACAO PARA ATENDIMENTO.

QUANDO DA PRIMEIRA CONSULTA NO HC, DIRIGIR-SE A SECAO DE REGISTRO, APRESENTANDO TAMBEM A CEDULA DE IDENTIDADE (RG), OU OUTRO DOCUMENTO QUE CONTENHA: NOME, LOCAL E DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE E OS NOMES COMPLETOS DOS PAIS.

- EM SE TRATANDO DE CRIANCA, TRAZER CERTIDAO DE NASCIMENTO

- EM SE TRATANDO DE MULHER CASADA, TRAZER CERTIDAO DE CASAMENTO

- / /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /

- / /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /

- / /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /

***** RESERVADO PARA ANOTACOES MEDICAS *****

X RETORNO ( ) PRAZO MINIMO ___ DIAS

1 Ano

( ) DATA ___/___/___ HORARIO ___ : ___

Maio 2014

( ) VINCULADO A PROCEDIMENTO(S) ESPECIALIZADO(S)

ENVIAR RAIO-X ANTERIORES C/ PRONTUARIO? (S/N) _ AUT. VAGA MED. (CRM): _____

IMPORTANTE: SEMPRE QUE VIER AO HC, TRAZER SEU CPF(CIC) E COMPROVANTE DE ENDERECO COM NUMERO DO CEP.

16/05/14

* Dez/2013
Planeja

CAIXA POSTAL 6142 - CEP 13083-889 - CAMPINAS - SP

NOME DO PACIENTE: MARIA HELENA DOS REIS GREGORIO

RUA: MANOEL CARLOS SIQUEIRA

NUM: 356

BAIRRO: VILA SANTA CRUZ

CIDADE: MOGOCA UF: SP

CEP: 13734 - 230

CODIGO DE AGENDAMENTO: 30009-01032013-1-00846086O

MATRICULA : 00.84.60.86-O

AMBULATORIO : 30009 - ORTOPEDIA - CIRURGIA DO QUADRIL ADULTO

DATA: 01/03/2013	HORA: 07:30	ANDAR: 2	LOCAL: FAIXA PRETA1

O R I E N T A C O E S A O P A C I E N T E

1- NO DIA DA CONSULTA OU PROCEDIMENTO TRAZER ESTA ORIENTACAO PARA ATENDIMENTO.

2- QUANDO DA PRIMEIRA CONSULTA NO HC, DIRIGIR-SE A SECAO DE REGISTRO, APRESENTANDO TAMBEM A CEDULA DE IDENTIDADE (RG), OU OUTRO DOCUMENTO QUE CONTENHA: NOME, LOCAL E DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE E OS NOMES COMPLETOS DOS PAIS.

- EM SE TRATANDO DE CRIANCA, TRAZER CERTIDAO DE NASCIMENTO

- EM SE TRATANDO DE MULHER CASADA, TRAZER CERTIDAO DE CASAMENTO

3- / /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /

4- / /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /

5- / /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /// /

***** RESERVADO PARA ANOTACOES MEDICAS *****

( ) R E T O R N O ( ) PRAZO MINIMO ___ DIAS

( ) DATA __/__/____ HORARIO __ : __

( ) VINCULADO A PROCEDIMENTO(S) ESPECIALIZADO(S)

ENVIAR RAIO-X ANTERIORES C/ PRONTUARIO? (S/N) _ AUT. VAGA MED. (CRM): _____

IMPORTANTE: SEMPRE QUE VIER AO HC, TRAZER SEU CPF(CIC) E COMPROVANTE DE ENDERECO COM NUMERO DO CEP.