EXMO. SR. PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE ILHA COMPRIDA

Requerimento nº 752 /2023

Eu, Daniel da Silveira Ramos, vereador nesta casa de leis, Venho mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência, nos termos regimentais, justificar minha ausência e **REQUERER** a vossa senhoria e vereadores o abono da minha ausência a 34º Sessão Ordinária, realizada em 24/10/2023, em virtudes de problemas de saúde, conforme atestado em anexo.

Nestes termos, aguardo o deferimento.

Ilha Comprida/SP, 31 de Outubro de 2023.

DANIEL RAMOS
Vereador PTB

MUNICÍPIO DE
ILHA COMPRIDA
Departamento de Saúde

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr(a). Daniel da Silva Ramos.,

RG _____ passou por Consulta nesta Unidade de Saúde, na data de hoje, e necessita de 7 (sete) dias de afastamento do trabalho para tratamento.

Ilha Comprida, 24 de Out de 2023.

Hebe C. C. Lisboa
CREMESP 153837

_____

Município de Ilha Comprida
Estância Balneária
Departamento de Saúde

Paciente: Daniel da Silveira Ramos ID.: 45

Sexo: ( ) Fem. (✓) Masc. D. N.: 11 02 78

Médico Solicitante: _____

Teste Rápido para Detecção de Anticorpos COVID-19

Teste : SARS-CoV-2 Antiboty Test da marca: Vivasing Lote: 5e2112289

Método: Imunocromatografia

Amostra: ( ) sangue total (punção digital) Data da coleta: 24/02/023

(✓) swab rápido

Resultado do teste: ( ) Negativo (X) Positivo { ( ) IgG ( ) IgM

Valor de Referência: Negativo

Observações:

1 - O teste rápido é utilizado como apoio diagnóstico para COVID-19.

2 - O teste rápido indicará apenas a presença de anticorpos IgG e IgM para SARS-CoV-2 na amostra e não deve ser usada como o único critério para o diagnóstico de infecção do Coronavírus. Como para todo diagnósticos, devem ser consideradas outras informações como as manifestações clínicas, que são passadas e avaliadas pelos médicos.

3 - Salientamos que as condutas a serem seguidas após a realização do Teste são as passadas pela equipe Médica e de Enfermagem, mas as Descritas em termos de isolamento.

Responsável pela realização do teste: _____
(Assinatura e carimbo)

Município de Ilha Comprida
Estância Balneária
Departamento de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Data de Nascimento___/___/___

Data de Atendimento:____/____/_____ Nº FAA _____ Hora: _____

Medico: _____ CRM: _____

CENTRO DE ATENDIMENTO COVID-19

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido COVID - Domiciliar

Eu, Daniel do Silveira Ramos, RG nº _____, CPF nº 30171613821 residente e domiciliado na Cunha 45 Bairro Adriano, CEP 11925.000, na cidade de Ilha Comprida, Estado SP, na condição de Paciente e/ou Responsável, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) _____ _____ CRM _____ sobre a necessidade de isolamento domiciliar a que devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, com data de início 24/10/2023, previsão de término 30/10/2023, local de cumprimento da medida Domiciliar.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

1. Ouriti Rigas
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Assinatura do Paciente e/ou Responsável: [signature]

Data: 24/10/2023 Hora: _____ : _____

Hebe C. C. Lisboa
CREMESP 153837

ASSINATURA CARIMBO MÉDICO

ASSINATURA CARIMBO ENFERMEIRO