Câmara Municipal de Mococa
PODER LEGISLATIVO

PROTOCOLO		
Número	Data	Rubrica
2.281	24/06/2013	

DESPACHO

APROVADO

Sala das Sessões 24/06/13

GUILHERME DE SOUZA GOMES
PRESIDENTE

EMENTA

Solicita à Exma. Sra. Prefeita Municipal de Mococa, providências sobre o fato ocorrido com a Sra. Elaine, no dia 07/06/2013, as 16:20 Unidade do Posto de Saúde Municipal (Centro de Saúde).

REQUERIMENTO Nº. 829 /2013.

EXMO. SR. PRESIDENTE:

REQUEIRO à Mesa, cumpridas as formalidades Regimentais da Casa, após a manifestação do Nobre Plenário, no sentido de ser oficiado à Excelentíssima Senhora Prefeita Municipal de Mococa, Maria Edna Gomes Maziero, para que por meio do Departamento Municipal de Saúde, busque informações sobre o fato ocorrido com a Sra. Elaine, no dia 07/06/2013, as 16:20 Unidade do Posto de Saúde Municipal (Centro de Saúde), bem como informe à esta Casa de Leis sobre as devidas providências a serem adotadas.

Justificativa:-

Em atenção ao ofício encaminhado à este Vereador pela AMAMOCOCA – Associação de Amigos de Mococa (cópia anexa), o pedido se faz necessário uma vez que segundo informações a Sra. Elaine, foi mal atendida por uma funcionária do setor de saúde.

Certo de que a Chefe do Poder Executivo adotará as devidas providências, apresento o requerimento.

Plenário Venerando Ribeiro da Silva, 24 de junho de 2013.

ELIAS DE SISTO
Vereador/PMDB

AMAMOCOCA

A/C Câmara Municipal de Mococa-SP.

Solicitação : Ao Excelentíssimo **Vereador, Elias de Sisto.**

Assunto: Para que Vossa Excelência, busque informação junto ao **Departamento de Saúde**, sobre o fato ocorrido com a **Sr Elaine**, na tarde da última sexta-feira dia 07/06/2013, as 16:20hs na **Unidade do Posto de Saúde Municipal.**

Nós, da Associação de Amigos de Mococa(**AMAMOCOCA**), representada nesta ocasião pela Presidente em exercício, **Sr Renata Cristina Peretto, RG:24531.238-9SSP e CPF:187683298/30**, Cidadã Mocoquense,E-mail RenataPeretto34@hotmail.com e Cel:(**019**) **9145-40-64**.

Viemos, mui respeitosamente pedir para a Vossa Excelência, que busque informações no Serviço Social a respeito da maneira que a **Sr Elaine**,foi atendida por uma funcionária daquele setor.

Almejamos com esta solicitação que outras pessoas não passem por situações semelhantes ocorridas com a **Sr Elaine**, Vossa excelência acompanhou o estado que a cidadã apresentava em profunda comoção e desespero.

O Serviço básico de Saúde e funcionários que prestam serviços em tais unidades devem estar cientes que são mantidos pelo Tributos de Impostos pagos pelo cidadão e devem no minimo zelar pelo respeito e prestar um Serviço Humanizado.

Agradecemos e esperamos informações e quais medidas foram tomadas a respeito do assunto abordado nesta solicitação.

Atenciosamente,

CÂMARA MUNICIPAL
MOCOCA -
PROTOCOLO

NÚMERO	DATA	RUBRICA
2130	12/06/13	

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOCOCA
Estado de São Paulo

Gabinete da Prefeita

Ofício nº 1.357/2013

Mococa, 11 de julho de 2013.

Ref: **Requerimento nº 829/2013**

CÂMARA MUNICIPAL - MOCOCA - PROTOCOLO		
NÚMERO	DATA	RÚBRICA
2475	12/07/13	

Senhor Presidente:

Em atenção à solicitação de providências sobre o fato ocorrido com a Sra. Elaine, no dia 07-06-2013, as 16:20 Unidade Posto de Saúde Municipal (Centro de Saúde), constante do Requerimento acima mencionado, de autoria do Elias de Sisto , e aprovado pelo Plenário dessa Douta Câmara, cumpre-nos informar o seguinte:

De acordo com as duas Assistentes Sociais do Centro de Saúde, informamos que a Sra. Eliana Aparecida de Paula procurou o serviço social dizendo que não pode realizar o exame de laboratório no dia agendado porque o filho estaria gripado.

É importante destacar ao nobre Vereador que um novo exame foi reagendado para o dia 12-07-2013, conforme documentos em anexo.

Reiteramos a Vossa Excelência os nossos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente

MARIA EDNA GOMES MAZIERO
Prefeita Municipal.

Exmo. Sr.
Guilherme de Souza Gomes
DD. Presidente da Câmara Municipal
Mococa - SP

DESPACHO
Para o Expediente da Próxima Sessão CM em 16/07/13

GUILHERME DE SOUZA GOMES
PRESIDENTE

CIENTES OS SENHORES VEREADORES. ARQUIVE-SE
Sala das Sessões 16/07/13

GUILHERME DE SOUZA GOMES
PRESIDENTE

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Identificação da Unidade UAI Cabral F
Paciente Eliane Aparecida de Paula
Nome da Mãe Maria Aparecida Souza Paula
Nome do Pai Sebastião Fº de Paula
Data de Nascimento 01/09/1975 or B Sexo F
RG 28.090.339-5 SEQ UF/RG
CPF Cartão SUS 125903371690005
Endereço: R. Walter José Eduardo Sequeira, 438
Bairro CH Cidade
Cep Fone 93169557 Daniela 17/05
Especialidade A.P.O. 2005/14
Data de entrega do pedido 14/11/12

EXAMES HORMONAIS
Paciente: Eliana Apda de Paula.
Data: 12/07/13 - Horas: 06:30
Local: PPA
Jejum de 12 horas

IPAL DE MOCOCA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE MOCOCA

REQUISIÇÃO DE SERVIÇO DIAGNOSE E TERAPIA - SADT

ADE PRESTADORA
: _____ Código SUS/SP ☐☐☐☐☐☐☐☐

ADE REQUISITANTE
: CENTRO DE SAÚDE II Código SUS/SP ☐☐☐☐☐☐☐☐
CNES: 2071681

TIFICAÇÃO DO CLIENTE
: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Idade: ___ ( )a ( )m ( )d Sexo: ( ) Femin. ( ) Masc. ( ) Ind.
: Eliane Ap. de Paula.

cipio Residência: _____ Cód. Mun Resid. ☐☐☐☐☐☐☐ UF ☐☐

ITIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:
de solicitação: 07/06/13 MOCOCA 353050
eita Clínica Eliane

crição do Procedimento	Código SIA/SUS	Data	Assinatura do Cliente
TSH	☐☐☐☐☐☐☐☐	__/__/__	
T4	☐☐☐☐☐☐☐☐	__/__/__	
T3	☐☐☐☐☐☐☐☐	__/__/__	
	☐☐☐☐☐☐☐☐	__/__/__	
	☐☐☐☐☐☐☐☐	__/__/__	

tificação do Solicitante Assinatura _____ CR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Nome: _____
Dr. Edilson L. C. Gonçalves - SESMT
Médico do Trabalho - 15.3...
CRM 20.920 - M...

tificação da Responsável pelo
rização do SADT
Assinatura _____ CR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Nome: _____
Mara C. De Araujo Silva
Técnica de Enfermagem
COREN 535040

CENTRO DE SAUDE I
CENTRAL DE AGENDAMENTO
E REGULAÇÃO MUNICIPAL

Ico Copyjet (35) 3801-4035

urgente

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOCOCA
ESTADO DE SÃO PAULO

Departamento Municipal de Saúde
CONVOCAÇÃO

Nome: Eliana aparecida de Paula

Favor comparecer ao (Centro de Saúde - Central Regulação *) para tratar de assunto de seu interesse*

FAVOR TRAZER: Seu exame hormonal já foi agendado.

Obs: Telefone 93169557 não atende, cx Postal por vários dias.

Mococa, 25 de Julho de 2013

Maria Alice

Paciente: ELIANA APARECIDA DE PAULA
Data: 07 / 06 / 13 Horas: 06:30
Local: PPA - (JEJUM DE 12 HORAS)

PAL DE MOCOCA
, DE MOCOCA

REQUISIÇÃO DE SERVIÇO DIAGNOSE E TERAPIA - SADT

UNIDADE PRESTADORA:
Nome: _____ Código SUS/SP ☐☐☐☐☐☐☐

UNIDADE REQUISITANTE:
Nome: [illegible] Código SUS/SP ☐2☐3☐5☐5☐1☐5

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:
Nº RIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Idade: ( )a ( )m ( )d Sexo: ( )Fem. ( )Masc. ( ) Ind.
Nome: Eliana Paula

Município Residência: Mococa Cód. Mun. Resid. ☐☐☐3☐5☐1☐ UF ☐☐

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:
Data de solicitação: 12 / 11 / 12
Suspeita Clínica: _____

Descrição do Procedimento	Código SIA/SUS	Data	Assinatura do Cliente
TSH	☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	
T4	☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	
T3	☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	

Identificação do Solicitante Assinatura: Dr. Felipe Naufel Plástica CRM 36660 CR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Nome: _____

CENTRO DE SAUDE I
CENTRAL DE AGENDAMENTO
E REGULAÇÃO MUNICIPAL
MOCOCA DRS 11

Identificação da Responsável pela Autorização do SADT