Ofício PHCS N.º 001/2022.

Ouro Fino, 05 de janeiro de 2023.

Excelentíssima Senhora Sheilla De Oliveira Faria.
Exma. Sr.ª Diretora Municipal de Saúde e Assistência Social.
Departamento Municipal de Saúde-Prefeitura Municipal de Ouro Fino-MG.

Assunto: Solicita informações

Excelentíssima Senhora Diretora Municipal de Saúde e Assistência Social,

Com minhas cordiais saudações, utilizo-me do presente, para solicitar informações sobre a cirurgia do Senhor [redacted] tendo em vista que da analise médica constatou a necessidade de realizar procedimento cirúrgico com prioridade. Contudo, o paciente ainda está aguardando o posicionamento do Departamento Municipal de Saúde.

Dessa forma, solicito encarecidamente a este Departamento, para que através de instrumento próprio, analise e nos informem sobre a situação deste cidadão e se há previsão de data para a realização da cirurgia.

Sem mais para o momento, aproveito o ensejo para renovar protestos de consideração e apreço.

Respeitosamente,

05/01/23
Sheilla O. Faria
Diretora de Saúde
Ouro Fino-MG

Paulo Henrique Chiste Da Silva
Vereador –PL
Câmara Municipal de Ouro Fino

O nome do paciente foi editado para preservar dados protegidos pela LGPD. A via não editada encontra-se em nossos arquivos.

Certifico,

Lincoln da Silva Paulino
Assessor Parlamentar
Câmara Municipal De Ouro Fino-MG

II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

[redacted]

E NASCIMENTO: CPF:

ÇÃO - Pai:

Mãe:

ENDEREÇO:

BAIRRO: TELEFONE:

CNS: DOC. IDENTIFICAÇÃO:

III - REFERÊNCIA

Relatar os dados principais e as dúvidas no seguimento do paciente acima:

À ortopedia,

Pct +1 anos. C/ dor pior progressiva em quadril D.

Pós operatório artroplastia de quadril (E) Há 9 meses sem complicações.

Solicito avaliação de especialista

Grata!

Identificação do Médico:

Telefone:

CONTRA-REFERÊNCIA

Relatar os dados principais e as dúvidas no seguimento do paciente acima: