

Câmara Municipal da Estância Turística de São Roque



Rua São Paulo, 355 - Jd. Renê - CEP 18135-125 - Caixa Postal 80 - CEP 18130-970

CNPJ/MF: 50.804.079/0001-81 - Fone: (11) 4784-8444 - Fax: (11) 4784-8447

Site: www.camarasaoroque.sp.gov.br | E-mail: camarasaoroque@camarasaoroque.sp.gov.br

São Roque - "A Terra do Vinho e Bonita por Natureza"

OFÍCIO VEREADOR nº 1942/2015

URGENTE

São Roque, 15 de setembro de 2015.

Prezado Senhor.

Venho por meio deste cumprimentá-lo e solicitar os bons ofícios de Vossa Senhoria, junto ao setor competente, **visando o fornecimento de fraldas geriátricas para o senhor Joaquim Martins de Oliveira.**

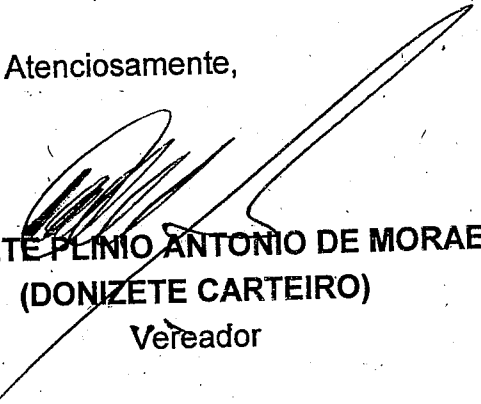
Justifico o presente pedido em razão desse senhor estar precisando das fraldas ora solicitadas e sem condições financeiras para adquiri-las.

Informo que o senhor Joaquim Martins de Oliveira reside à Rua Pio XII, nº 36, Jardim Mosteiro, e que o telefone de contato é 4712-1627 (favor tratar com a senhora Maria Martins de Oliveira da Silva).

Anexo **cópias** dos seguintes documentos: Receituário de fralda geriátrica; Requerimento da senhora Maria protocolizado na Prefeitura de São Roque sob nº 011450, de 14 de julho de 2015; Receituário de Medicamentos; e "Formulário para Avaliação de Solicitação de Medicamento por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas".

Na certeza de que dispensará especial atenção a este Ofício, desde já agradeço, renovando meus mais sinceros protestos de elevada estima e de distinta consideração.

Atenciosamente,


DONIZETE PLÍNIO ANTONIO DE MORAES
(DONIZETE CARTEIRO)

Vereador

Ao

Ilustríssimo Senhor

DR. SANDRO RIBEIRO

MD. Diretor do Depto. de Saúde da Prefeitura de São Roque - SP

PROTOCOLO Nº CETS 15/09/2015 - 14:23:24 06452/2015
/ytc

P.E.T.S.R. SERVIÇO DE PROTOCOLO E ARQUIVO 16-SET-2015 09:59 014534 22

SANTA CASA



HOSPITAL E MATERNIDADE SOTERO DE SOUZA

Receituário

Ào Sr. João José de

Prefeito de São Roque

O Sr. João José de

recebendo de fundos

gerados por

condições em curso

100

Dr. Pedro Paulo Guazzelli
Cirurgião
Médico Anestesiologista

12/12/2014

Rua Santa Izabel, 186 • CEP 18130-565 • São Roque • SP • Pabx (11) 4719-9360

150x210mm - Bls. 100x1 - sulfite 75g - 1x0 cor - Líder Graf

EXMO. SENHOR PREFEITO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SÃO ROQUE

Interessado: Maria Martins de Oliveira da Silva
(Nome ou Razão Social)
(x) R.G. nº 16.792.579 - 9 () I.º E. n.
(Cédula de Identidade)
() CPF nº 054.062.981 - 90 () CNPJ nº
(Cadastro Pessoa Física) (Cadastro Nacional Pessoa jurídica)
Endereço: Rua Pio XII Nº 36
Bairro: Ed. Mosteiro Cidade: São Roque CEP 18.135 - 520
Fone: 4712-1627 Nº Inscr. Municipal/Cadastro:

(IMPORTANTE)

Email:

Assunto: Solicitação de falda geriátrica

O requerente acima qualificado, vem pelo presente mui respeitosamente solicitar de V.Exa. se digne:

Ter por meio do presente reiterar o protocolo de
nº 9422/15 proc 233500 de 02/06/15, solicitar in-
clusão da "recomendação médica" conforme cópia
anexa e solicitar que seja autorizado aquisição
de falda geriátrica tamanho médio para meu pai
João Joaquim Martins de Oliveira, 90 anos de idade,
com quadro de incontinência urinária.

Nestes Termos
P.Deferimento,

São Roque/SP, 14 de Julho de 2015

Maria M. de Silva
Nome: Maria Martins de Oliveira da Silva
RG: 16.792.579-9

SUS - SP

SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Prefeitura da Estância Turística de São Roque
Departamento de Saúde

Receituário

Joanem Mário Oliveira 94525
NOME DO PACIENTE PRONTUÁRIO Nº

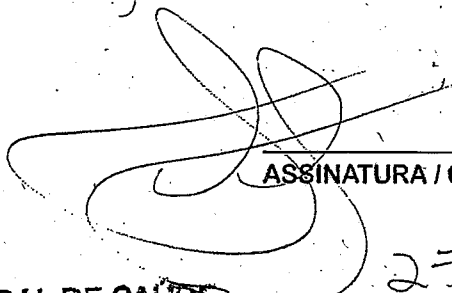
Prescrever em nome Genérico, em cumprimento ao decreto 793/93 - MS

VOO SUBCUTÂNEO:

① Insulina Levemir
Anis 20 UI SL abo, cat

VOO ORAL:

① Digoxina 0,25
An 01 p abo, DIA 17/11/15


ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE
UNIDADE ATENDIMENTO, 157
Avenida
Corrê
São Roque - SP

27/11/15
DATA



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Formulário para Avaliação de Solicitação de Medicamento
por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: Joaquim Martins Oliveira
Sexo: ☒ Masculino () Feminino Data de nascimento: 24/09/1924
CPF: 277.382.139-49 RG: 16.792.568-4 CNS: 195
Endereço: R. João Macarini Nº 195
Complemento: Bairro: J. Mosteiro
Município: S. Rogério UF: SP CEP: 18135-470
Telefone (s): () 4784-1287
E-mail:
Possui Plano de Saúde: ☒ Não () Sim. Qual:

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

2.1 Doença Principal: Diabetes mellitus CID: E10.8
Há quanto tempo:
Outro (s) Diagnóstico (s): Hipertensão arterial CID (s): I10.0

2.2 Casos Oncológicos:

- Anexar cópia do anatomopatológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica.

Informar o estadiamento clínico TNM quando aplicável:

2.3 Informar datas e resultados dos exames complementares relevantes (anexar cópia):

Glicemia em 19.01.2011: 172 mg/dl

3. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

3.1 Informar os tratamentos já realizados em ordem cronológica:

Insulina tipo NPH
Insulina Regular, Sulfonyl urea - Glimepirida
Insulina Detemir

3.2 Descrever o atual planejamento terapêutico:

Saxagliprida 5mg, Insulina Detemir 30 U/L

3.3 Informar a meta terapêutica proposta:

glicemia jejum < 120 mg/dL
glicemia pós-prandial < 180 mg/dL ; HbA1c $< 7\%$

3.4 Informar como se dará o acompanhamento da resposta terapêutica e a frequência de avaliação:

Exames bioquímicos e clínicos trimestrais

4. MEDICAMENTO SOLICITADO

Denominação genérica / Dosagem:

Saxagliprida 5mg; Insulina Detemir 30 U/L

Via da administração / Posologia / Duração do tratamento:

Saxagliprida 5mg VO, 1x ao dia; Insulina Detemir 30 U subcutânea, 2x ao dia

Peso:

66kg

Altura:

1,69m

5. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE

Nome da instituição de saúde: PRÉ-CARDIO CENTRO DE DIAGNÓSTICO E REABILITAÇÃO EM CARDIOLOGIA GRA

CNES: 6435238

Endereço: RUA SANTA I SAUEL

Nº 68

Complemento:

Bairro:

Município: SÃO ROQUE

UF: SP

CEP: 18130565

Telefone (s): (11) 47123900

Nome do médico: SIDNEY CARVALHO FERNANDES

CPF: 24010723815

CRM Nº: 22021

UF: SP

E-mail: fernandessidney@uol.com.br

Data: 02/06/2015

Assinatura e carimbo do médico prescriptor

Assinatura e carimbo do Diretor/Responsável

da Instituição

Maria M. L. Silva

Assinatura do paciente ou responsável

7. USO RESTRITO DA SES/SP