



Câmara Municipal de Birigüi

Estado de São Paulo

115/24

Requerimento Nº

Requisita informação sobre a paciente Elisabete dos Santos Leite, sobre o andamento do procedimento Oftalmo, ainda não foi atendida para a resolução do problema de saúde.

Senhor Presidente:

Assim, respeitada as formalidades de estilo, ouvido o Plenário, REQUEREMOS a Vossa Excelência se digne de oficial ao Senhor Prefeito Municipal requisitando-lhe prestar as seguintes informações sobre a paciente Elisabete dos Santos Leite, sobre o andamento do procedimento oftalmo, ainda não atendida, reportando-se ao Executivo aos seguintes quesitos.

1 – Como está o andamento do caso da paciente Elisabete dos Santos Leite, de nossa cidade (Cross 59 201 11) que aguarda o procedimento desde 2023 e até o momento não há notícia de que ela será atendida.

2 – Existe alguma informação oficial de que ela será atendida, em qual data?

3 – Caso da resposta negativa do item n.2, poderia responder qual o motivo e se tem previsão de quando será o procedimento?

Câmara Municipal de Birigui,
Em 09 de Abril de 2024.

ASSINADO DIGITALMENTE
SIDNEI MARIA RODRIGUES

DATA
09/04/2024

A conformidade com a assinatura pode ser verificada em:
<http://serpro.gov.br/assinador-digital>



Sidnei Maria Rodrigues,
Vereadora.

Câmara Municipal de Birigüi - SP



PROTOCOLO GERAL 1230/2024
Data: 09/04/2024 - Horário: 09:15
Legislativo - REQ 115/2024

CROSS 5920111

cod 8712



Prefeitura Municipal de Birigui
GUIA DE ENCAMINHAMENTO

SUDS-SP
SISTEMA UNIFICADO E CENTRALIZADO DE SAÚDE
DO ESTADO DE SÃO PAULO

DATA: 17/07/23

MATRÍCULA Nº

UNIDADE DE ORIGEM::

UBS - 01

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

Oftalmologista

ÁREA:

Oftalmologia

NOME DO PACIENTE: Eriberto de Santos Leite

IDADE:

OCUPAÇÃO:

LOCAL DO TRABALHO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Duas de turvação visual, relatando diagnóstico
elencado em exame oftalmológico.

HD: Colaroto H25

Diogo Y. Yamaguti Maziero
MÉDICO
CRM/SP 224146

ASSINATURA

DATA DO ATENDIMENTO:

ÁREA:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMENTO:

OBSERVAÇÕES:

DEVOLVIDO À UNIDADE DE ORIGEM EM:

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

COMPROVANTE DE ENTREGA

USB

NOME DO PACIENTE:

AGENDADO PARA DIA: / / DR. (A):

HORA:

ASSINATURA DO RECEBEDOR:

DATA: / /