

# 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](http://www.camarasaoroque.sp.gov.br) | **E-mail:** [camarasaoroque@camarasaoroque.sp.gov.br](mailto:camarasaoroque@camarasaoroque.sp.gov.br)  
São Roque - "A Terra do Vinho e Bónita por Natureza"

P.E.S.R. SERVIÇO DE PROTOCOLO E ARQUIVO 18-A00-2015 11:27 912871 2/2

OFÍCIO VEREADOR nº 1751/2015

São Roque, 07 de agosto de 2015.

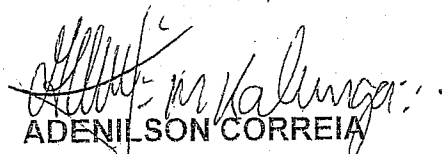
Prezado Senhor,

Tenho pelo presente a grata satisfação em cumprimentá-lo e, na oportunidade solicitar os bons ofícios de Vossa Senhoria junto ao setor competente no sentido de viabilizar a realização de exame com aparelho de ultrason, para a Senhora Juliane da Silva Naline, conforme requisição anexa. Tel. Cel. 015-99835-4734 / 015-98176-3209.

Esta solicitação se faz urgente e necessária, para a referida Senhora, pois a mesma se encontra com problemas de saúde.

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,

  
**ADENILSON CORREIA**  
**(MESTRE KALUNGA)**

Vereador

Ao

Ilustríssimo Senhor

**SANDRO RIZZI**

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

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT**

**UNIDADE PRESTADORA:**

Nome: HOSPITAL SANTA CASA Código SUS/SP ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

**UNIDADE REQUISITANTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Código SUS/SP ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Gestor: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:**

Nº RIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Idade: 26 ( )a ( )m ( )d Sexo: ( ☒ )Fem ( )Masc. ( )Ind.

Nome: JULIANE DO SILVA NUNES

Endereço: RUA ELISA SANTOS NUNES

Município Residência: \_\_\_\_\_ Cód. Mun. Redid. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ UF ☐☐

**IDENTIFICAÇÃO SADT SOLICITADO:**

Data de solicitação: 6/8/15

**Descrição do Procedimento:**

|                        | Código SIA/SUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DATA            | Assinatura do Cliente |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <u>US ABDOME TOTAL</u> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <u>  /  /  </u> | _____                 |
| _____                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <u>  /  /  </u> | _____                 |
| _____                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <u>  /  /  </u> | _____                 |
| _____                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <u>  /  /  </u> | _____                 |
| _____                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <u>  /  /  </u> | _____                 |

Dr. Fernando G. ~~oliveira~~  
CRM: 85731

Identificação do Solicitante: Assinatura: \_\_\_\_\_ CR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nome: \_\_\_\_\_

**Identificação do Responsável pelo SADT:**

Assinatura: \_\_\_\_\_ CR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nome: \_\_\_\_\_