

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAGUATINGA-TO

FOLHA
Nº 02
①

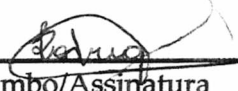
14/09/2012	SOLICITAÇÃO DE COMPRAS / SERVIÇOS		
UNIDADE SOLICITANTE	SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL		
Item	Especificação de material ou serviço	Unidade	Quantidade
01	PASSAGEM	UND	02

JUSTIFICATIVA: Solicitação de Passagens para o senhora THAISA MARIA LEITE ~~SÃO JOSÉ~~ com objetivo de dar continuidade ao tratamento de saúde, na cidade de BRASÍLIA-DF.
Vale ressaltar que por se tratar de um tratamento de auto custo a família não se encontra em condições de arcar com as despesas desse trajeto.

FORMA DE AQUISIÇÃO


- Compra Direta
 Convite
 Tomada de Preços

Chefe da Unid. Solicitante


Carimbo/Assinatura

Irene Nunes de S. Rodrigues
Sec. Assistência Social
Decreto 515/2012

Autorização


Carimbo/Assinatura
Milton Gomes Ferreira
Prefeito Municipal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSLADO
 CABELEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 962456368



Nome: THAISA MARIA LEITE SAO JOSE
 DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF: 842624 SSP TO
 CPF: 012.896.961-01 DATA NASCIMENTO: 25/04/1988
 FILIAÇÃO: LIDIO LEITE SAO JOSE
 IRANI MARTINS SAO JOSE
 PERMISSÃO: A-2 CAT HAB: A
 Nº REGISTRO: 04336261521 VALIDADE: 06/04/2009 Nº HABILITACAO: 07/04/2008

SEM OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

Thaisa Maria Leite São José

DATA EMISSAO: 11/04/2008
 ASSOCIATIVA DO EMISSOR: 47620288349
 700009374655

PROIBIDO PLASTIFICAR
 962456368

DETRAN-TO (TOCANTINS)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

RECEITUÁRIO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

Relatório


A paciente Thaisa m. Leite São José, tem diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico (CID: M32.1) - com FAN \pm 1280 por título grosso, leucopenia, contate e anti-DNA surgente. Apresenta também hipertensão arterial (de graves) evidência de flutter atrial semelhança com arritmia elétrica e em acompanhamento clínico endocrinológico. Redi-
z o acompanhamento nos semias de reumatologia pelo LES e está em investigação para contate reumatoide (tem anti-CCP: 126). Foi solicitada ressonância magnética dos mãos e punhos D e E para novos resultados e foi está em uso de prednisona 5 mg/dia e metotrexato 10 mg/dia.

DATA: 19/03/12

CAROLINA ROCHA SILVA
MÉDICA
CRM-DF 19.407

ASSINATURA - CRM - CARIMBO

FOLHA
Nº 05
②

	AMBULATÓRIO
Clínica:	Reumatologia
Dr.:	Rodolfo
Marcada para:	Dia 07, 10, 12 às 08h Horas
Nome:	Thaísa M. Leite S. José
Matrícula:	Drª. Mariana Castilho Rassi Reumatologista Clínica Médica
Assinatura	CRM-DF 14.011

HUB

MARCAÇÃO DE CONSULTA

FOLHA
Nº 06
⊕



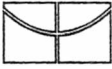
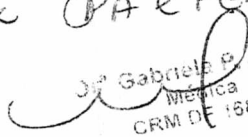
Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Nome do Paciente	
Thays Wane	
Retornar ao Profissional	Dia:
Don	
Encaminhamento ao Ambulatório de Clínica:	
Data	Assinatura e Carimbo
21/03/12	

Obs: Apresente este papel no guichê de marcação de consultas

FOLHA
Nº 07
Ⓢ

HUB 		HOSPITAL - AMBULATORIAL - PU							
NOME: <u>Thais a m^o Leite</u>			IDENTIFICAÇÃO		Nº DO PRONTUÁRIO <u>651426</u>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IDADE	SEXO	PESO	ALTURA	CLÍNICA	ENF.	LEITO
A	I	D							
DADOS CLÍNICOS: <u>RES + PNEUMONIA</u>									
EXAMES REQUISITADOS: <u>URGENTE</u> <u>RAW - TORAX PA e PERFIL</u>									
<u>06/08/12</u>			 Dr. Gabriela Jardim Médica CRM DE 15881						
DATA			ASS. DO MÉDICO - CRM						
REQUISIÇÃO DE EXAMES									

21/03/12 898000 666 256 812

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
UNIDADE DE RADIOLOGIA

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Thaise Maria Leite REGISTRO: _____
 IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ NATURALIDADE: _____
 PROCEDÊNCIA: _____ AMBULATÓRIO INTERNADO

MÉDICO INDICADO A FAZER O EXAME: _____
 EXAME SOLICITADO: Alter

INDICAÇÕES CLÍNICAS: _____
CD: 800

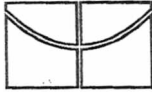
CONTRASTE ml	
IODADO	BARITADO
CRM	MATRÍCULA

FILMES	COSTOS	
	ÚTEIS	PERDIDOS
14x17		
16x30		
20x30		
24x30		
30x40		
35x35		
TOTAL		

21/03/12
DATA

[Assinatura]
ASSINATURA DO MÉDICO

EXAME MARCADO
 DATA: ____/____/____
 HORAS: _____



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

FOLHA
Nº 30

RECEITUÁRIO

NOME: Thaissa M. Leite São José MATRÍCULA: _____

Soluto

Uante - DNA

DRA. CAROLINA ROCHA SILVA
MÉDICA
CRM-DF 15.407

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA - CRM - CARIMBO

Município de Residência: GUARUJÁ DF
Sexo: F Data de Emissão: 23/11/11
Data de Nascimento: 25/11/1988
Nome: THAISA MARIA LEITE SA
Número SES/DI: 00074369
Número do CNES/SUS: 89800286555186 +

CARTÃO SAÚDE DO CIDADÃO
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE
GDF





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO SOCIAL

NOME: Thaisa Leite São Jose
ENDEREÇO: Rua Vespaziano Ferreira
CIDADE: Taguatinga

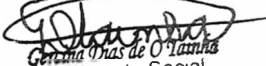
SINTESE DO HISTORICO

Aos dezoito de setembro de dois mil e doze a senhora Thaisa Maria Leite São Jose, de 24 anos, solteira, procurou o serviço social para pedir ajuda, pois se encontra com problema de saúde necessitando fazer tratamento de saúde na cidade de Brasília. A mesma não tem condições de arcar com a viagem. Vivem em situação de vulnerabilidade social.

PARECER SOCIAL

Considerando a situação de vulnerabilidade social da família e para dar continuidade ao seu tratamento de acordo com a lei municipal nº 298/2006 de junho de 2005, que assegura despesas com saúde e assistência social recomendo ajuda de custo para custear passagens para a cidade de Brasília de ida e volta. Segue anexo agendamento medico.

Por ser verdade firmo o presente.


Geniá Dias de O'Neals
Assistente Social
CRESS 25ª nº 0898

Taguatinga- To, 18 de setembro de 2012



ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
TAGUATINGA - TO

PEDIDO DE AJUDA FINANCEIRA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: THAISA MARIA LEITE SÃO JOSÉ
CPF: 012.896.961-01

Senhor Prefeito,

Via do presente, eu abaixo assinado venho solicitar de Vossa Excelência uma ajuda financeira no valor de **R\$: 159,90,00 (Cento e cinquenta e nove reais e noventa centavos)**.

DECLARAÇÃO:

Declaramos para os devidos fins de direito que a Senhora: **THAISA MARIA LEITE SÃO JOSÉ**, brasileira, solteira, residente à rua Vespaziano Ferreira Vila Santa Maria, neste município, portadora do RG: 842624 SSP-TO e do CPF: **012.896.961-01**

, ser pobre e não possui renda própria. Concessão de ajuda financeira para custear tratamento especializado na cidade de Brasília DF.
Por ser verdade, assinamos e damos fé.

1ª. _____
CPF.

2ª. _____
CPF.

AUTORIZAÇÃO

RECIBO:

Recebi da Prefeitura Municipal de Taguatinga, Estado do Tocantins, a importância de **R\$: 159,90 (Cento e cinquenta e nove reais e noventa centavos)**.
. Correspondente à ajuda financeira para tratamento de saúde na cidade Brasília-DF, com o objetivo realizar tratamento de saúde especializado.

Taguatinga – TO, 18 de setembro de 2012.

Thaísa Maria Leite São José

THAISA MARIA LEITE SÃO JOSÉ
CPF: 012.896.961-01

