

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAIEIRAS

AVENIDA PROFESSOR CARVALHO PINTO N.º 207
FONE / FAX (011) 4442-7738 FAX
CAIEIRAS - ESTADO DE SÃO PAULO - CEP 07700-000

GABINETE DO PREFEITO

PROJETO DE LEI Nº 4.611/2008
(15 DE SETEMBRO DE 2008)

Dispõe sobre: **AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A CUSTEAR DESPESAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE QUE ESPECIFICA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

. . . **FAÇO SABER** que, a Câmara do Município de Caieiras aprova, e eu, **Prof. NÉVIO LUIZ ARANHA DÁRTORA**, na qualidade de Prefeito Municipal, sanciono e promulgo a seguinte Lei:

ARTIGO 1º - Fica o Poder Executivo autorizado a custear as despesas para tratamento de saúde da Sra. Helena Cunha Matias, residente e domiciliada na Rua Agostinho de Souza nº 65 – Alambique, Travessa Estrada do Ajoá, Morro Grande, neste Município.

PARÁGRAFO ÚNICO - O tratamento em referência consiste no custeio de cirurgia extremamente necessária conforme laudo médico e relatório social, que ficam fazendo parte integrante do presente.

ARTIGO 2º - As despesas decorrentes com a execução desta Lei correrão a conta das dotações próprias do orçamento, suplementadas se necessário.

ARTIGO 3º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

. Prefeitura Municipal de Caieiras, em 15 de Setembro de 2008.

PROF. NÉVIO LUIZ ARANHA DÁRTORA
- PREFEITO MUNICIPAL -



GABINETE DO PREFEITO

Ofício nº 1589-08
Setembro de 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAIEIRAS

AVENIDA PROFESSOR CARVALHO PINTO N.º 207
FONE / FAX (011) 4442-7738 FAX
CAIEIRAS - ESTADO DE SÃO PAULO - CEP 07700-000

Caieiras, Cidade dos Pinheirais, em 15 de

SENHOR PRESIDENTE:

Valho-me do presente para encaminhar a Vossa Excelência, o Projeto de Lei, abaixo discriminado, acompanhado da seguinte Mensagem:

Nº 3 7 8 0 – Dispõe sobre: AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A CUSTEAR DESPESAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE QUE ESPECIFICA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

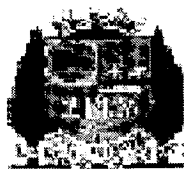
Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Excelência, os protestos de real estima e distinta consideração.

Prof. NÉVIO LUIZ ARANHA DÁRTORA
-PREFEITO MUNICIPAL-

Exmo. Sr.
Dr. CLEBER FURLAN
DD. Presidente da Câmara do Município de
CAIEIRAS – S.P.

ma/nc

22.16.09.08



GABINETE DO PREFEITO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAIEIRAS

AVENIDA PROFESSOR CARVALHO PINTO N.º 207

FONE / FAX (011) 4442-7738 FAX

CAIEIRAS - ESTADO DE SÃO PAULO - CEP 07700-000

MENSAGEM N.º 3780 (15 DE SETEMBRO DE 2008)

**SENHOR PRESIDENTE,
SENHORES VEREADORES:**

Trago a essa Augusta Casa de Leis, Projeto de Lei que versa sobre: **AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A CUSTEAR DESPESAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE QUE ESPECIFICA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

Tal propositura, Nobres Vereadores, tem por escopo a autorização para que possamos custear as despesas para tratamento de saúde da Sra. Helena Cunha Matias, em razão da mesma não possuir condições financeiras para tal, conforme se constata no Relatório Social do Fundo Social de Solidariedade, sendo que este tratamento consiste em cirurgia extremamente necessária e urgente para a manutenção da saúde da paciente, conforme laudo médico que integra o presente.

Esclarecemos, por oportuno, que as despesas para a cirurgia em referência estão orçadas em R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) e, em razão da situação sócio-econômica da paciente, relatada pelo Fundo Social de Solidariedade, bem como, pela sua condição de saúde, é que nos levou a solicitar a presente autorização, até mesmo para cumprir ao princípio constitucional de que todos têm direito de acesso à saúde.

Assim expondo, e com fulcro no artigo 51 e Parágrafos da Lei Orgânica do Município, requiro que a matéria de que trata o presente seja apreciada em Regime de Urgência.

**PROF. NÉVIO LUIZ ARANHA D'ÁRTORA
- PREFEITO MUNICIPAL -**



RECEITUÁRIO

Nome : Helena C. Matias

Registro Nº _____ Seção _____

RELATÓRIO MÉDICO

A paciente acima apresenta
oclusão pupilar em olho direito
e descolamento de retina em
olho esquerdo.

Apresenta visão O melhor correção
de: OD = SPL, OE = MM

Cirurgia de catarata em olho
esquerdo com possíveis compli-
cações.

30/06/08

DATA

Silvia Taddei Herculanio.
Médica
CRM: 12632

Assinatura/CRM — Médico

VOLTANDO À CONSULTA QUEIRA TRAZER A RECEITA



Instituto de Moléstias Oculares

Av. Ibirapuera, 624 - Cep 04028-000 - SP

☎ 55-11-5573-6424

☎ 55-11-5084-1584

✉ imo@imo.com.br

🌐 www.imo.com.br

CNPJ 38.882.064.0001/36

São Paulo, 02 de maio de 2008.

A
Prefeitura de Caieiras

A/C Neusa

Conforme solicitação, segue orçamento referente à cirurgia a ser programada para
a **Sra. Helena Cunha Matias**.

Procedimento solicitado:

Facectomia com implante de LIO

CID: H25.0 (Catarata)

Código: 5006004-0

Valor: R\$ 4.000,00 (Quatro Mil Reais) por olho

Sem mais,

Dalva Muller
Secretária Cirúrgica
5573-6424

Instituto de Moléstias Oculares
Dr. Virgílio Centurion
CNPJ 38.882.064/0001-36

Dr. Virgílio Centurion
CRM 13.454



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DO JUQUERY

Nº do Documento: Processo nº 5331/2008

Interessado: Prefeitura Municipal de Caieiras.

Assunto: Ajuda de custo para realizar cirurgia.

Despacho CHJ nº 3136/2008

Em relação ao solicitado em fls. 06, anexamos a ficha de atendimento da referida paciente com relatório da equipe que contra-indica o procedimento pelos riscos de complicações.

Encaminhe-se a Diretoria Municipal de Saúde de Caieiras.

Em, 01 de agosto de 2008.


DRA. MARIA TEREZA GIANERINI FREIRE
Diretora Técnica de Departamento de Saúde

Complexo Hospitalar do Juquery

MTGF/clm.

Endereço: Av. Dos Coqueiros, s/nº – Centro
Franco da Rocha – SP
CEP: 07850-320

Fone: 4449-5111 R: 615 / 4449-2974
Fax: 4449-5511
E-mail: chj-dtdep@saude.sp.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DO JUQUERY
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nº DE ORDEM

--	--	--	--	--	--

Nº DA MATRÍCULA

10	91305
----	-------

DATA

30	06	08
----	----	----

HORA

13	55	2
----	----	---

Unid. Prest. : _____ Cod. SUS/SP

--	--	--	--	--	--

Gestor - C.H.J. - Unid. Requis _____ Cod. SUS/SP

FRANCO	DARUCHA	SP
--------	---------	----

Identificação do cliente

Nome do Cliente <i>Helena Cunha Matias</i>																							
Nº DO RIC <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								Nº DO CPF <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								Nº DO RG <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
Data de Nasc. <i>22-10-55</i>		Idade <i>52</i>		Faça um x ☒ Anos ☐ Meses ☐ Dias		Faixa Etária <i>70</i>		Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino															
Estado Civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unido ☐ Viuvo				TRABALHA ☐ Sim ☐ Não				Aposentado ☐ Desempregado															
Possui Convênio ☐ Sim ☐ Não		Qual ? _____		Acidente de Trabalho ☐ Sim ☐ Não		Ocupação _____																	
Endereço <i>R. Augustinho de Souza</i>				Nº <i>15</i>		Bairro <i>Pinheiro Grande</i>																	
Telefone _____		Ponto de Referência _____		Município <i>Carapicuíba</i>		CEP <table border="1"><tr><td>05</td><td>080</td></tr></table>		05	080	COD. <table border="1"><tr><td>05</td><td>080</td></tr></table>		05	080										
05	080																						
05	080																						
Filiação: PAI _____				Mãe _____																			
Informante ou Acompanhante _____						☐ Parente ☐ Amigo ☐ Desconhecido																	

Identificação do Atendimento

Tipo de Atendimento 13 () Urgência 39 () 1ª Consulta 52 () Retorno		Especialidade do Profissional		COD. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Grupo de Atendimento				COD. <table border="1"><tr><td>21</td></tr></table>		21			
21									
Descrição do Exame Físico <i>HT: 15</i> <i>25</i> <i>35</i>									
Exames Complementares Realizados/Solicitados Silvia <i>Silvia</i> Médica CRM: 6252									

Hipótese Diagnóstica		COD/CID <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
Condução e Procedimento		Código do Procedimento		Assinatura do Cliente							
1º <i>Consulta</i>		<i>02611011010173</i>		<i>Via Hp. de Souza</i>							
2º <i>FOI</i>		<i>0261101101127</i>		<i>(MAPEAMENTO DE RETINA)</i>							
3º _____		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								_____	
Encaminhamento do Cliente				Cod. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							

Dr. Pedro H. Mendes



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DO JUQUERY

AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

CERATOMETRIA:

OD: _____ OE: _____

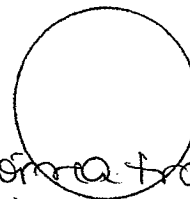
Refração:

	DE	DC	EIXO
Dinâmica			
	OD		
	OE		
Estática			
	OD		
	OE		

Adição p/ perto AO:

OD

OE



Biomicroscopio:

OD: dermatocelase, conjuntivas salt., cornea transp, Al
⊖, esclerótica pupilar, Rf + ⊕
OE: dermatocelase, conjuntivas salt., cornea transp, Al
⊖, cornea, iris trófica, Rf + ⊕

P.I.O. OD: 3 mmHg

OE: 10 mmHg

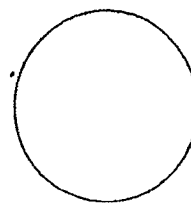
Hora 13:30 hs.

OD: impossível

OD

OE

OE: trabeculas, hemorragia, DR



Diag. Prov.: DR AO

Diag. Dif.: _____

Exames solicitados: _____

Conduta:

1. Discussão el Dr. Paulo pois pte quer
operar de catarata em OE apesar do prognós-
tico reservado.

Obs: a acompanhante insiste em querer
relatório pois a pte fará a eq em um
serviço particular e a cirurgia será

VERDE
VERDE

paga pela prefeitura de Caieiras.
~~Dr. Paulo~~ contra - indica cg.

Silvia R

Solicito parecer do serviço de
OFTALMOLOGIA DO NOSSO MUNICÍPIO
COMPAS-SI.

[Handwritten signature]

05.08.09

Dr. Hamilton H. Harada
CRM - 31.485
Secretário Munic. da Saúde
Caieiras

Ciente!
05/08/08

[Handwritten signature]
Mauri Cardoso Mura
Oftalmologista
R.O.: 742079

Anexo, relatório do uls. Danilo, Oftalmologista,
UBS. Vera Teulza, com o parecer solicitado, mais a
solicitação de exame específico pl avaliar.

06/08/08

[Handwritten signature]
Mauri Cardoso Mura
Oftalmologista
R.O.: 742079



CAIEIRAS - SP

Prefeitura Municipal de Caieiras

Secretaria Municipal da Saúde

Rua Flávio Augusto de Moraes, 80 - Caieiras - CEP 07700-000 - PABX: 4605-4044

RECEITUÁRIO MÉDICO

UBS VERA TEREZA Nº MATRÍCULA/PRONTO ATENDIMENTO _____

NOME: Helena Cunha Matias

Relatório Médico

Paciente acima apresentada distantes, apresentou hemorragia vítrea em olho direito há ± 1 ano evoluindo c/ perda acuidade visual deste olho. Há 1 ano apresentou quadro baixa acuidade visual do olho esquerdo, segundo a paciente apresentou hemorragia vítrea associada a descolamento retina. Refere ter feito cirurgia para descolamento retina e colocou óleo de silicone neste olho, sem melhora acuidade visual.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

_____/_____/_____
DATA

AO exame: Acuidade visual
OD - sem percepção luminosa
OE - conta dedos a 30 cm

Bio aut: OD - esclerótica pupilar
hipotônica ocular

OE - cornea clara, S/RCA
sinéquias posterior 4hs e 7hs. Pig-
mentos corpúsculo anterior cristali-
noso Nuclear 2+, subcapsular
1+.

Pio: OE - 12 mmHg

FO: OE - tra dilatada bem durado
sinéquias posterior inferior
Apresenta descolamento retina
extenso c/ travessuras vitreas so-
madas retina superior colada c/
marcas laser.

CD: Pedido PAM do olho esquerdo
p/ poder avaliar melhora acuidade-
de visual c/ cirurgia catarata.
Pois catarata é pouca e não
condiz com a acuidade visual
da paciente. Grato,
107680

Dra. Daniela M. Abreu
CRM 107680

06/08/08