



# CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

## SEÇÃO DO PROTOCOLO

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

ASSESSORIA TÉCNICA DA MESA - A.T.M.  
SISTEMA DE APOIO AO PROCESSO LEGISLATIVO

REQUERIMENTO "D" C/PROC : 008002692 DE 1992

NATUREZA : REQ.D(C/PROC) 08-0026/92-3 DE 22/04/92

PROMOVENTE: VEREADOR WALTER FELDMAN

EMENTA :

Justificativa de falta à Sessão Plenária dia 22/04/92, em virtude de convalescência de cirurgia da coluna vertebral.

ÍNDICE :

AUSENCIA DE VEREADOR  
FALTA JUSTIFICADA  
WALTER FELDMAN

OBSERVAÇÕES :

CNC Solutions  
Tipo: Processo Legislativo  
7/10/2010 14:25:27

00000001659-48



ARQUIVADO EM 08/5/92

CHEFE DA SEÇÃO

CRISTINA ALVES ALAMIDA

Chefe de Seção Técnica



DIGITAL  
A.T.M.

*[Signature]*

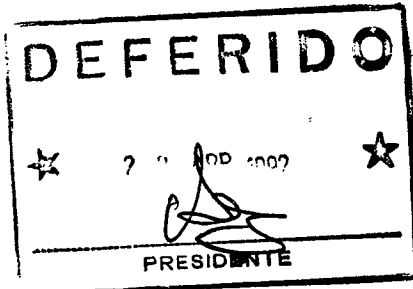
*Câmara Municipal de*

|                 |     |          |
|-----------------|-----|----------|
| Folha n.º       | 01  | de proc. |
| n.º             | 026 | de 1992  |
| <i>Ratua Po</i> |     |          |

*C/Proc*  
REQUERIMENTO "D" N.º

08 - REQ.D(C/PROC)  
08-0026/92-3

33



REQUEIRO À DOUTA MESA, NOS TERMOS DO ARTIGO 18  
E 111 INCISO IV, §§ 1º E 2º DO REGIMENTO INTERNO, A JUSTIFICAÇÃO DE  
MINHA FALTA À SESSÃO PLENÁRIA NESTE DIA 22/04/92, EM VIRTUDE DE CON  
VALESCÊNCIA DE CIRURGIA DA COLUNA VERTEBRAL, PELA QUAL PASSEI NO  
DIA 10/04/92 PP..

22 APR 16 45 PM 00030



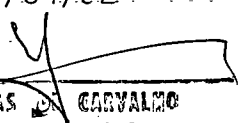
SALA DAS SESSÕES, 22 DE ABRIL DE 1992.

*[Signature]*  
WALTER FELDMAN

Ao D.T. - 1 - Senhora Diretora:

Para as devidas providências.

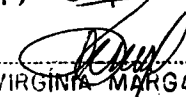
Em 29/04/92

  
LUIZ ARENAS DE CARVALHO  
Assessor Técnico Top. Gráfico 1ª  
A.T.M.

Cont. 5

Para as devidas providências

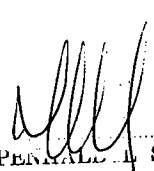
29/04/1992

  
VIRGINIA MARGARITA  
Diretor Técnico de Departamento  
(DT. 1) -

DT.1 - Sra. Diretora:

Com as devidas providências.

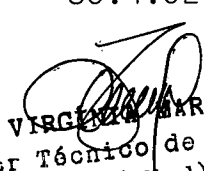
30.04.92

  
CELINA PENNA DE SIGNORILETO  
Contador Chefe da Subdivisão  
CRC 127.281-SP

ATM - Sr. Assessor Chefe

Em devolução.

30.4.92

  
VIRGINIA MARGARITA  
Diretor Técnico de Departamento  
(DT. 1) -

**BRADESCO  
SEGUROS**

**RELATÓRIO MÉDICO**  
A SER PREENCHIDO PELO(S) MÉDICO(S) ASSISTENTE(S)

Folha Nº. 2 do 1  
Nº. 08-0026 de 1992-3  
O (médico) é do 938

**SAÚDE**

OS ESCLARECIMENTOS PRESTADOS NESTE RELATÓRIO SÃO FUNDAMENTAIS PARA AS ANÁLISES E CÁLCULOS DAS DESPESAS MÉDICO HOS-  
PITALARES A SEREM REEMBOLSADOS AO ASSOCIADO. AS INFORMAÇÕES SERÃO CONSIDERADAS SIGILOSAS PELO DEPARTAMENTO MÉDICO  
DA BRADESCO SEGUROS.

|                                                                                                                                                                   |      |           |                     |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|---------------------|----------------|
| SUC                                                                                                                                                               | CIA  | APÓLICE   | DATA                | Nº DA SEMA     |
| NOME DA EMPRESA (NO CASO DO SAÚDE EMPRESA)                                                                                                                        |      |           | Nº FATURA           | Nº SUP. FATURA |
| NOME DO SEGURADO                                                                                                                                                  |      |           | PLANO               | CÓDIGO         |
| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                  |      |           | CÓDIGO              |                |
| IDADE                                                                                                                                                             | SEXO | PROFISSÃO | NACIONALIDADE       |                |
|                                                                                                                                                                   | M.   | Médico    | B.                  |                |
| MÉDICO ASSISTENTE                                                                                                                                                 |      |           | CRM                 | ESPECIALIDADE  |
| Henrique Padua Bonates                                                                                                                                            |      |           |                     |                |
| BAIRRO                                                                                                                                                            |      |           | TELEFONE            | CPF            |
| Ipiberanga 48                                                                                                                                                     |      |           |                     |                |
| Cidade                                                                                                                                                            |      |           | UF                  |                |
| Belo Klein                                                                                                                                                        |      |           | SP                  |                |
| NOME DO HOSPITAL OU CLÍNICA                                                                                                                                       |      |           |                     |                |
| H I A. Einstein                                                                                                                                                   |      |           |                     |                |
| ENDEREÇO                                                                                                                                                          |      |           | TELEFONE            |                |
| BAIRRO                                                                                                                                                            |      |           | CIDADE              | UF             |
| DATA DA INTERNAÇÃO                                                                                                                                                |      |           | DATA DA INTERVENÇÃO | DATA DA SAÍDA  |
| INTERNAÇÃO                                                                                                                                                        |      |           | Nº DIAS             |                |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA <input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/> ACIDENTE (DATA: / / ) |      |           |                     |                |

|                                                                      |                 |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------|
| MOTIVOS QUE JUSTIFICARAM A INTERNAÇÃO                                |                 |
| Do lombocia'tica e resalta com<br>fibra progemia e fratura no pe' e. |                 |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL                                                | TEMPO DA DOENÇA |
| Hérnia discal L5/S1 (E1)                                             |                 |
| DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO                                               |                 |
|                                                                      |                 |
| TIPO(S) DE TRATAMENTO (S) MINISTRADO(S)                              |                 |
| Hemilaminectomia                                                     |                 |
| COMPLICAÇÕES INTERCORRENTES                                          |                 |
|                                                                      |                 |
|                                                                      |                 |

EM CASO DE ATENDIMENTO POR MÉDICO DE OUTRA ESPECIALIDADE DEVERÁ SER PREENCHIDO O RELATÓRIO MÉDICO ISOLADAMENTE POR  
CADA ESPECIALISTA INFORMANDO O TIPO DE ATENDIMENTO PRESTADO E O PERÍODO DE ACOMPANHAMENTO.

SAÚDE - 011/C

COD. MAT 29316-1

AV. PAULISTA, 52 - 3.º ANDAR

10:00 às 18:00

FOFEX 050-8108

|                                |                                |                    |  |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------|--|
| ANESTESIA                      |                                | TIPO               |  |
| <input type="checkbox"/> 1 SIM | <input type="checkbox"/> 2 NÃO | UNIFORME CIRURGEÃO |  |

|                             |        |          |
|-----------------------------|--------|----------|
| NOME DO MÉDICO ANESTESISTA  |        | CRM      |
| ENDEREÇO: Laurecchio masano |        | TELEFONE |
| BAIRRO                      | CIDADE | UF       |

|                                       |                                 |                                   |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| SERVIÇOS ESPECIALIZADOS               |                                 |                                   |
| <input type="checkbox"/> CTI          | DIAS                            | <input type="checkbox"/> BERÇÁRIO |
| <input type="checkbox"/> HEMOTERAPIA  | ESPECIFICAR TIPOS E QUANTIDADES |                                   |
| <input type="checkbox"/> RADIOLOGICOS | <input type="checkbox"/> OUTROS |                                   |

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| RADIOGRAFIAS REALIZADAS | Nº DE INCIDÊNCIAS |
|                         |                   |
|                         |                   |
|                         |                   |

|                                            |                                                           |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANÁLISES CLÍNICAS | ANEXAR E ESPECIFICAR EXAMES REALIZADOS                    |
|                                            | <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> EEG |

|                                              |             |
|----------------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA | ESPECIFICAR |
|                                              |             |

|                                                     |                                      |                                                   |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA             | <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA (ESPECIFICAR) | Nº DE SESSÕES                        |                                                   |
|                                                     |                                      |                                                   |
|                                                     |                                      |                                                   |

|                           |       |             |
|---------------------------|-------|-------------|
| EQUIPE MÉDICA             |       |             |
| CIRURGIÃO                 | CRM   | CPF         |
| Antônio de Padua Bonafede | 14176 | 05152788/08 |
| AUXILIAR                  | CRM   | CPF         |
| Juiz M. da Silva          |       |             |
| INSTRUMENTADOR            | CRM   | CPF         |
| Juiz da Silva             |       |             |
| PEDIATRA                  | CRM   | CPF         |
|                           |       |             |
| CLÍNICO                   | CRM   | CPF         |
|                           |       |             |
| OUTROS                    | CRM   | CPF         |
|                           |       |             |

|                   |                                 |                                            |                                   |                                |
|-------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| CONDIÇÕES DE ALTA | <input type="checkbox"/> CURADO | <input checked="" type="checkbox"/> MELHOR | <input type="checkbox"/> A PEDIDO | <input type="checkbox"/> ÓBITO |
| CAUSA MORTIS      |                                 |                                            |                                   |                                |

|                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| LOCAL E DATA       | ASSINATURA MÉDICA         |
| S. Paulo 13. IV 92 | Antônio de Padua Bonafede |



# CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº.....-3-

do processo nº 08-0026 de 19 92-31/1.....(a).....AB

Ao IDT. 94 - Sra. Chefe:

Arquivar o presente processo.

07.05.92

  
LUIZ AREIAS DE CARVALHO  
Assessor Técnico Leg. Chefe-  
A.T.M.

DEPARTAMENTO  
DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMÁTICA  
SEÇÃO TÉCNICA DE ARQUIVO

Proc. entregue em 03 fis.

Arquivo em 08.05.92

O Func.º 

LUIZ TAKARA ARAKIMA  
Chefe da Seção Técnica DI

S E G U E.....juntado ....., nesta data, ..... documento ..... e papel para informação, rubricado .....

sob folha ..... nº .....

Em ...../...../.....

(a) .....