

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUARA
GABINETE DA SECRETÁRIA

OFÍCIO Nº 454/2020 – SMS/GS.

Juara – MT, 26 de Março de 2020.

Ao Excelentíssimo

Ver. Valdir Leandro Cavichioli

Presidente da Câmara Municipal

Poder Legislativo de Juara - MT

ASSUNTO: Solicita Dilação de Prazo referente ao Ofício nº 100/CP/2020.

Exmo Presidente,

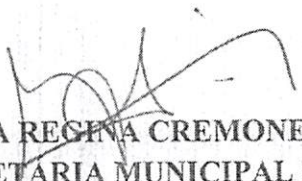
Em atenção ao Ofício nº 100/CP/2020, concernente a vossa solicitação de esclarecimentos e/ou providencias adotadas em virtude de Relato/reclamação realizada na Ouvidoria do Poder Legislativo sob o número de protocolo 20200317171317, venho através deste primeiramente cumprimentá-lo e na oportunidade solicito a Vossa Excelência **dilação de prazo** para que possamos providenciar as informações pertinentes ao pleiteado.

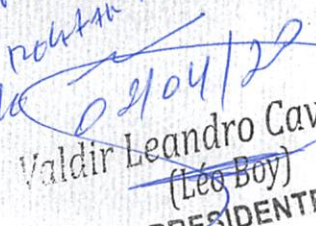
Tal solicitação faz-se necessária devido à RT - Responsável Técnica da Unidade ESF Jardim Santa Cruz no momento estar de Atestado Médico por um período de 15 dias a contar da data de 23/03/2020, conforme ofícios **OFÍCIO Nº 0444/2020 – SMS/GS** e **OFÍCIO Nº 0450/2020 – SMS/GS** protocolados junto a SAD Municipal. Documento em anexo.

Tão logo a enfermeira retornar aos trabalhos, estaremos encaminhando a denuncia em questão.

Sem mais para o momento, aproveitamos o ensejo para reiterar votos de elevada estima e nímia consideração.

Atenciosamente,


SILVIA REGINA CREMONEZ SIRENA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

*À S. L. H. Oficiante
A Secretária de Saúde
Resposta do Ofício nº 100/CP/2020
15/04/2020, e Solicito
que informe a data
para a realização do documento*

Valdir Leandro Cavichioli
(Léo Boy)
PRESIDENTE



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUARA
DEPARTAMENTO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA
GABINETE DA SECRETÁRIA

OFÍCIO Nº 0444/2020 – SMS/GS.

Juara – MT, 24 de Março 2020.

A Senhora
Marcia Regina Fernandes Araujo
Md: Secretária Municipal de Administração
Prefeitura Municipal de Juara – MT

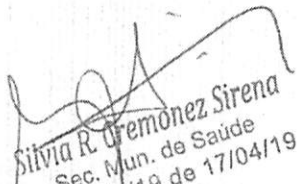
ASSUNTO: Atestado Servidor.

Prezada Senhora,

Servimo-nos do presente para encaminhar a Vossa Senhoria, copia de atestado médico da servidora **MARLENE BARBOSA DA SILVA**, Matrícula Nº **5069**, lotada na Secretaria Municipal de Saúde/PSF Santa Cruz referente a 15 (quinze) dias, a contar do dia 23/03/2020. Informo ainda que assim que a servidora passar por pericia médica estaremos encaminhando atestado original. Documento em anexo.

Sem mais para o momento, aproveitamos o ensejo para reiteirar votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,


Silvia R. Gremonez Sirena
Sec. Mun. de Saúde
Port. 229/19 de 17/04/19

PREFEITURA MUN. DE JUARA
PROTÓCOLO 4209
DATA 25/03/2020
HORÁRIO 12:37 h.





ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUARA
DEPARTAMENTO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA
GABINETE DA SECRETÁRIA

OFÍCIO Nº 0450/2020 – SMS/GS.

Juara – MT, 25 de Março 2020.

A Senhora
Marcia Regina Fernandes Araujo
Md: Secretária Municipal de Administração
Prefeitura Municipal de Juara – MT

ASSUNTO: Atestado Servidor.

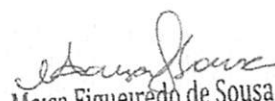
CÓPIA

Prezada Senhora,

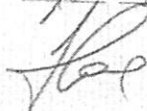
Considerando OFÍCIO Nº 0444/2020 – SMS/GS, servimo-nos do presente para encaminhar a Vossa Senhoria, Relatório de Exame Medico Pericial e Laudo Medico Pericial da servidora **MARLENE BARBOSA DA SILVA**, Matricula Nº **5069**, lotada na Secretaria Municipal de Saúde/PSF Santa Cruz referente a 15 (quinze) dias, a contar do dia 23/03/2020.

Sem mais para o momento, aproveitamos o ensejo para reiteirar votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,


Maisa Figueiredo de Sousa
Diretora Dep Gestão Admin
Port 123/20 de 02/03/20

PREFEITURA MUN. DE JUARA
PROTOCOLADO 1273
DATA 26/03/2020
HORÁRIO 12:43 h.



Rua Pirapora, 134W – Centro – CEP: 78575-000 – Juara-MT
Telefone: (66) 3556-3874
E-mail: smsjuara@hotmail.com

RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO PERICIAL

Nome do Examinado		Mendonça Barbosa da Silva		Data de Nascimento		25/09/180		Idade		39	
Sexo Civil		F		Naturalidade		Sua - MT.		Data Atual Trabalho			
Profissão (Caracterizar o tipo de trabalho)						Tempo de Profissão		Tere Benefício Anterior		SIM NÃO	
Exame de Imunização (Tramite)											
Histórico de Doença Aguda											
Antecedentes Pessoais											
Estado de Nutrição e Aspecto Geral											
Altitude											
Tipo de Exame											
Exames Diversos											
1. Teste Cutâneo Subcutâneo - Pele e Fímbrios											
2. Aparelho Circulatorio											
3. Aparelho Respiratorio											
4. Aparelho Hemolinopatico											
5. Aparelho Digestivo											
6. Aparelho Genito Urinario											
7. Aparelho Osteo - Articular Ligamentos											
8. Aparelho Endocrino											
9. Sistema Nervoso											
10. Orgaos dos Sentidos											
11. Exame Mental											
12. Outros											
"A" = Exames realizados sem particularidade											
"B" = Exames realizados relacionados abaixo											
Relatório - Dados Objetivos - Capacidades Funcionais - Estado e Dinamica											
Requisitos Indispensáveis											
Diagnostico Provável (Clínica)											
Dor no / Outros Imunizacoes											
Cód. Diagnostico											
R 50 + D84											
Comentários sobre a capacidade funcional Base no Exame Médico Especial											
Local - Data - Assinatura e Carimbo do Médico - Perito											

2018/03/20

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUARA

LAUDO MÉDICO PERICIAL

Nome do Examinado			
Marden Barbosa da Silva.			
		Data de Nascimento	Cargo
Feminino	Masculino	25/09/80	Enfermeira
☒	☐		
Data Início Doença		Data Início Incapacidade	CID
23/03/20		23/03/20	K50 + D84.
Diagnóstico			
Dorça de Crôhm. / Outros Imunodeficiências			
Dias concedidos pelo Atestado (solicitado):		Dias Concedidos pela Perícia Médica:	
15 (Quinze)		15 (Quinze).	

1. Está o examinado incapacitado para o trabalho? Sim () Não (X) 2. Em caso de resposta afirmativa ao quesito 1: 2.1 É suscetível de recuperação para o seu próprio trabalho? Sim (X) Não () 2.2 É suscetível de reabilitação para outra atividade? Sim (X) Não () 3. Em caso de resposta negativa ao quesito 1: (só responde em caso de cessação de aposentadoria) 3.1 A requisição da capacidade para o trabalho é: Parcial () Total () 3.2 Está o segurado apto para o exercício de trabalho diverso do que habitualmente exercia? Sim () Não ()	4. Qual a data provável da cessação da incapacidade? <table border="1" style="margin: 10px auto; text-align: center;"> <tr> <th>Dia</th> <th>Mês</th> <th>Ano</th> </tr> <tr> <td>06</td> <td>04</td> <td>20</td> </tr> </table> 4.1 Haverá necessidade de novo exame nessa data? Sim () Não (X) 5. A incapacidade decorre de acidente de trabalho? Sim () Não (X) 6. Em caso de exame para constatação de invalidez: 6.1 Há invalidez? Sim () Não (X) 6.2 A patologia enquadra-se no Art. 14 da Lei nº 1.656/2.005, de 20/04/2005? Sim () Não (X)	Dia	Mês	Ano	06	04	20
Dia	Mês	Ano					
06	04	20					
Data: _____ <i>Dra. Cibele Schol</i> Assinatura e Carimbo	Data: _____ Assinatura e Carimbo						
Revisão: Confirmado 1 () Alterado 2 () Assinatura e Carimbo							