



CÂMARA MUNICIPAL DE TAQUARITINGA

— ESTADO DE SÃO PAULO —

Praça Dr. Horácio Ramalho, 156 - Caixa Postal 201 - Centro - CEP 15900-000 - Fone: (16) 3253-9282
Site: www.camarataquaritinga.sp.gov.br

E-mail: camara@camarataquaritinga.sp.gov.br

A Casa do Povo... A serviço do Povo!

ATO DA PRESIDÊNCIA N.º 06, DE 04 DE JUNHO DE 2021.

=====

Estabelece substituição conforme o artigo 36, § 2º. da Lei Municipal nº. 1.128, de 15 de setembro de 1970, por período específico.

Marcos Aparecido Lourençano, Presidente da Câmara Municipal de Taquaritinga, Estado de São Paulo, no uso das atribuições legais e do disposto no artigo 36, § 2º. da Lei Municipal nº. 1.128, de 15 de setembro de 1970, **R E S O L V E**:

Art. 1º. Considerando o isolamento sanitário do funcionário Fábio Luís de Camargo, diretor legislativo no período de 04/06/2021 à 13/06/2021, substituí-lo em sua ausência pela funcionária Irina Parise Mattos, auxiliar legislativo, em todas as funções da diretoria legislativa, no período compreendido de 05/06/2021 à 13/06/2021.

Art. 2º Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

Câmara Municipal de Taquaritinga, 04 de junho de 2021.

Marcos Aparecido Lourençano
- Presidente -

Registrado na Diretoria Legislativa da Câmara Municipal de Taquaritinga, na data supra.

Fábio Luís de Camargo
- Diretor Legislativo -

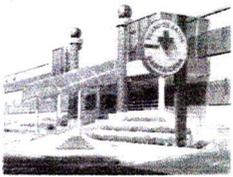
Gentileza:

Para: Atendimento de urgência



Planos:

- Individuais
- Coletivos/ Empresarial



Parcerias com



SÃO FRANCISCO HOSPITAL RIBEIRÃO PRETO - SP

+ CEDISC CENTRO DE DIAGNÓSTICO SANTA CASA

- Raio X
- Ressonância
- Mamografia
- Ultrassonografia
- Tomografia
- Ecocardiografia
- Densitometria Óssea
- Laboratório
- Fisioterapia

9. Médico T. sent 10
 Camarão mesmo (to 10
 fatura 10 de 11/11
 11 9 10 a conta
 10 14/06/2011
 CUST

Dr. Renato Aprigio da Silva
 CRM 39.578
 CPF 018.774.208-16

Data: 13/06/2011 _____



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e Maternidade "Dona Zilda Salvagni"

Praça Drº José Furiatti, nº 153 - Centro - Taquaritinga - SP

CEP: 15900-037

Tel: (16)3253-9230

E-mail: ccih@santacasatq.com.br

LAUDO TESTE Ag.

Nome:

Nicole Gabriela Leite de Camargo

Data Nascimento: 30 / 03 / 2002 Idade: 19 anos

Sexo: () Masculino (X) Feminino

Data do Exame: 07 / 06 / 2021

CONCLUSÃO- TESTE Ag.

O Teste Rápido COVID-19 Antígeno é um teste realizado por meio de um ensaio imunocromatográfico, para detecção qualitativa de antígenos de SARS-CoV-2 em amostras de swab da nasofaringe. Esse teste pode ser utilizado para auxiliar no diagnóstico do COVID-19 em pacientes sintomáticos na fase inicial da infecção por SARS-CoV-2.

RESULTADO REAGENTE

RESULTADO NÃO REAGENTE

NOME DO PROFISSIONAL responsável pela emissão dos resultados dos Testes.

Dr. Ronaldo Pientzner

Médico Assinatura:

CRM - 64860

CRM: _____

Enfermeiro

Assinatura:

Diana Cristina Morelato
COREN-SP 4620547E

COREN: _____

Marca do Teste: WAMA

Lote: 210042

Validade:

2023 02



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e Maternidade "Dona Zilda Salvagni". Taquaritinga - SP

Termo de Notificação de Isolamento Domiciliar

Eu Nilce Gabrielle Leite de Camargo, declaro que sou portador do CPF nº 47145649861 e do RG nº 62.335.227-1, residente e domiciliado R. Antônio Santos, 151 Bairro Jd Sobral CEP 15906312, na cidade de Taquaritinga, Estado SP. Declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) Carlos sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, com data de início 09/06/2021, previsão de término 13/06/2021. O local de cumprimento da medida será no endereço o mesmo.

Declaro estar ciente de que uma pessoa infectada com o Coronavírus pode transmitir o vírus enquanto apresentar sintomas respiratórios e que, após ser avaliado pela equipe de saúde, estou ciente de ser um caso SUSPEITO/CONFIRMADO, e com a conclusão de que não há necessidade de internação hospitalar, devo permanecer em casa até a melhora dos sintomas da doença, em **ISOLAMENTO DOMICILIAR**. Declaro também, que cumprirei todas as recomendações referentes à transmissão da doença, que incluem: - Manter distância Mínima de 2 (dois) metros dos demais familiares; - Não compartilhar alimentos, copos, talheres, toalhas e outros objetos de uso pessoal; - Eu devo ficar isolado em ambiente privativo (quarto) com ventilação natural; - Restringir as visitas; - O acesso em domicílio deve ser restrito aos trabalhadores da saúde envolvidos no caso; - Sair de casa apenas em situações emergenciais, e sempre colocar máscara cirúrgica; - Evitar tocar olhos, nariz ou boca; - Lavar as mãos várias vezes ao dia com sabonete e água e usar álcool gel a 70%, principalmente depois de tossir ou espirrar; - Enquanto permanecer com sintomas respiratórios, usar máscara cirúrgica ao sair do seu quarto e trocar a máscara sempre que estiver úmida; - Na ausência da máscara, proteger boca e nariz ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis (ex.: papel higiênico, papel toalha, guardanapo ou lenço de papel); - Orientar todos os indivíduos próximos ou que entraram em contato com o paciente e que manifestarem sintomas respiratórios a procurarem imediatamente o serviço de saúde; - Entrar em contato imediatamente com a Vigilância em Saúde, caso algum contatante venha a apresentar sintomas respiratórios. Declaro, ainda, ter ciência de que se descumprir as recomendações citadas acima, minha conduta configurará infração sanitária conforme o art. 122 inciso III, Lei 10.083/88, e que responderei pelo fato em Processo Administrativo Sanitário. Também estou ciente de que o descumprimento deste termo de Compromisso configura crime previsto no art. 268 do Código Penal, que cita: Art. 268. Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa. Cientifico-me de que, por causa do descumprimento a tais medidas, eu possa vir a disseminar o vírus, causando epidemia, poderei responder pelo crime do CP: Art.267. Causar epidemia, mediante a propagação de germes patogênicos.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

1. Elaine Aparecida Alves Leite de Camargo
2. Fabio Luis de Camargo
3. Nicolas Gabriel Leite de Camargo
4. _____
5. _____

Assinatura da pessoa sintomática: Nilce

Telefones: (16) 997192547

Taquaritinga, 09 de junho de 2021

NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

POSITIVO PARA COVID-19 SUSPEITO PARA COVID-19

Eu, Lucas G. L. de Camargo RG nº 62.335.229-4

CPF nº 47145649861, nascido em 20/03/2003 declaro que fui devidamente informado pelo profissional da saúde Dr. Carlos sobre a necessidade de 10 dias de isolamento a que devo ser submetido, com data de início no dia 04/06/21 com previsão de término no dia 13/06/21. Sei que o isolamento deverá ser realizado dentro da minha residência, podendo sair somente se for para atendimento médico, e sei também que posso sofrer as consequências descritas abaixo, se descumprir o isolamento:

Lei nº 2.848

Art. 131 - Praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio:

Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

Art. 132 - Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente:

Pena - detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave.

Parágrafo único. A pena é aumentada de um sexto a um terço se a exposição da vida ou da saúde de outrem a perigo decorre do transporte de pessoas para a prestação de serviços em estabelecimentos de qualquer natureza, em desacordo com as normas legais.

Art. 268 - Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa:

Pena - detenção, de um mês a um ano, e multa.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço, se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro.

Declaro também que fui informado que receberei visita da equipe de monitoramento em minha residência e por telefone para o monitoramento e *que todas as informações passadas por mim neste momento ao funcionário da saúde são verdadeiras.*

Taquaritinga, 04/06/21

Lucas G. L. de Camargo

Assinatura contaminado/positivo

Atendido por: Dr. Carlos

CRM: _____

Assinatura do responsável quando menor



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Vicente José Parisi, 1011 - Centro - Tequerrinas - SP

LAUDO TESTE ANTÍGENO WAMA

Nome: Fabio Renato Romarigo

Nome da Mãe:

Data Nascimento: 24/12/72 Idade: 48 anos Sexo: Masculino () Feminino

Amostra Sub Nasal Data da coleta do exame: 28/06 Data Início dos Sintomas

Local de realização do exame: C4101

RESULTADO REAGENTE

RESULTADO NÃO REAGENTE

RESULTADO INVÁLIDO

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

POSITIVO: Aparecem duas linhas coloridas. Uma linha colorida sempre deve aparecer da linha de controle (C) e outra linha deve estar na região da linha T

NEGATIVO: Uma linha colorida aparece na região da linha de controle (C). Não aparece outra linha.

INVÁLIDO: A linha de controle não aparece. Volume insuficiente de amostra ou técnica procedimento incorretas são os motivos mais prováveis para a falha na linha de controle. procedimento e repita o teste com um novo teste.

Observação:

O Vírus SARS COV 2, se presente na amostra liga-se ao anticorpo conjugado ouro formando um complexo antígeno-anticorpo marcado. Esse complexo migra pela capilaridade pela membrana de nitrocelulose da tira teste e é reconhecido por um anticorpo impregnado na área teste (T), específico às proteínas do vírus, determinando o surgimento de uma banda colorida nesta área. Na ausência do vírus SARS COV 2, a quantidade de vírus seja muito baixa na amostra, não haverá o surgimento de uma banda colorida na área teste.

NOME do PROFISSIONAL responsável pela emissão dos resultados dos Testes:

Matrícula: _____

Assinatura: _____

Baroni
Enfermeira
Curoi-SP

Baroni
Téc. em Enfermagem
SP 1027344



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Vicente José Parisi, 1011 - Centro - Taquaritinga - SP

LAUDO TESTE ANTÍGENO WAMA

Nome: Nicolas Gabriel Leite de Comargo

Nome da Mãe:

Data Nascimento: 13/09/2004 Idade: 16 anos Sexo: Masculino () Feminino

Amostra Sub Nasal () Data da coleta do exame: 08/10 Data Início dos Sintomas:

Local de realização do exame:

04106

() RESULTADO REAGENTE

RESULTADO NÃO REAGENTE

() RESULTADO INVÁLIDO

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

POSITIVO: Aparecem duas linhas coloridas. Uma linha colorida sempre deve aparecer da linha de controle (C) e outra linha deve estar na região da linha T

NEGATIVO: Uma linha colorida aparece na região da linha de controle (C). Não aparece outra linha.

INVÁLIDO: A linha de controle não aparece. Volume insuficiente de amostra ou técnica procedimento incorretas são os motivos mais prováveis para a falha na linha de controle. procedimento e repita o teste com um novo teste.

Observação:

O Vírus SARS COV 2, se presente na amostra liga-se ao anticorpo conjugado ou re formando um complexo antígeno-anticorpo marcado. Esse complexo migra pela capilaridade pela membrana de nitrocelulose da tira teste e é reconhecido por um anticorpo impregnado na área teste (T), específico às proteínas do vírus, determinando o surgimento de uma banda colorida nesta área. Na ausência do vírus SARS COV 2, se a quantidade de vírus seja muito baixa na amostra, não haverá o surgimento de uma banda colorida na área teste.

NOME do PROFISSIONAL responsável pela emissão dos resultados dos Testes:

Matrícula:

Assinatura:

Baroni
Enfermeira
Código 1427844

Mayara C Baroni
Enfermeira