OFÍCIO Nº 1.067/2024

Foz do Iguaçu, 09 de Setembro de 2024

Ao Sr(a)
FRANCISCO LACERDA BRASILEIRO
Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu

Assunto: **Encaminha Requerimento**

Excelentíssimo Senhor Prefeito,

Pelo presente encaminhamos o Requerimento nº 402/2024, de autoria do Vereador Kalito Stoeckl, aprovado em Sessão Ordinária levada a efeito no dia 06 de setembro corrente, o qual solicita informações sobre o paciente inscrito na fila para realização de exame de imitanciometria, conforme especifica.

Atenciosamente,

JOÃO MORALES
Presidente

Assinado por 1 pessoa: PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/CE7A-E4CD-54AB-DC41 e informe o código CE7A-E4CD-54AB-DC41

REQUERIMENTO Nº 402/2024

Requer do Prefeito Municipal informações sobre o paciente inscrito na fila para a realização de exame de imitanciometria, conforme especifica.

Senhor Presidente,

O Vereador abaixo assinado requer a Vossa Excelência, ouvida a Casa, o envio de expediente ao Excelentíssimo Senhor Francisco Lacerda Brasileiro, Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, para que se digne encaminhar a esta Casa de Leis, dentro do prazo legal, informações sobre o paciente inscrito na fila para a realização de exame de imitanciometria sob o nº 1372684, na posição atual nº 436, aguardando desde o dia 23/03/2021, conforme demonstrado no comprovante em anexo. Para tanto, solicito esclarecimentos para as seguintes questões:

1. Existe previsão para a realização da consulta e do procedimento indicado para o paciente em questão? Se sim, qual é a data prevista?
2. Existem motivos que justificam a demora no atendimento deste procedimento específico?
3. Quais medidas estão sendo tomadas para agilizar o atendimento desse e de outros pacientes que se encontram em situações semelhantes?
4. Quais são os critérios utilizados para a priorização dos atendimentos nesta especialidade? O paciente em questão foi avaliado para uma possível priorização?
5. Em caso de inexistência de previsão para atendimento, quais alternativas estão sendo oferecidas aos pacientes que se encontram em longa espera, como transferências para outros municípios ou atendimento por meio de convênios?
6. O município possui profissionais em número suficiente para atender a demanda de consultas dessa especialidade?

Assinado por 1 pessoa: PRESIDENCIA CÂMARA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/8E7A6A0C7D4F4A2396 e informe o código 86C7E6A9F4C0F5A2B9DC41

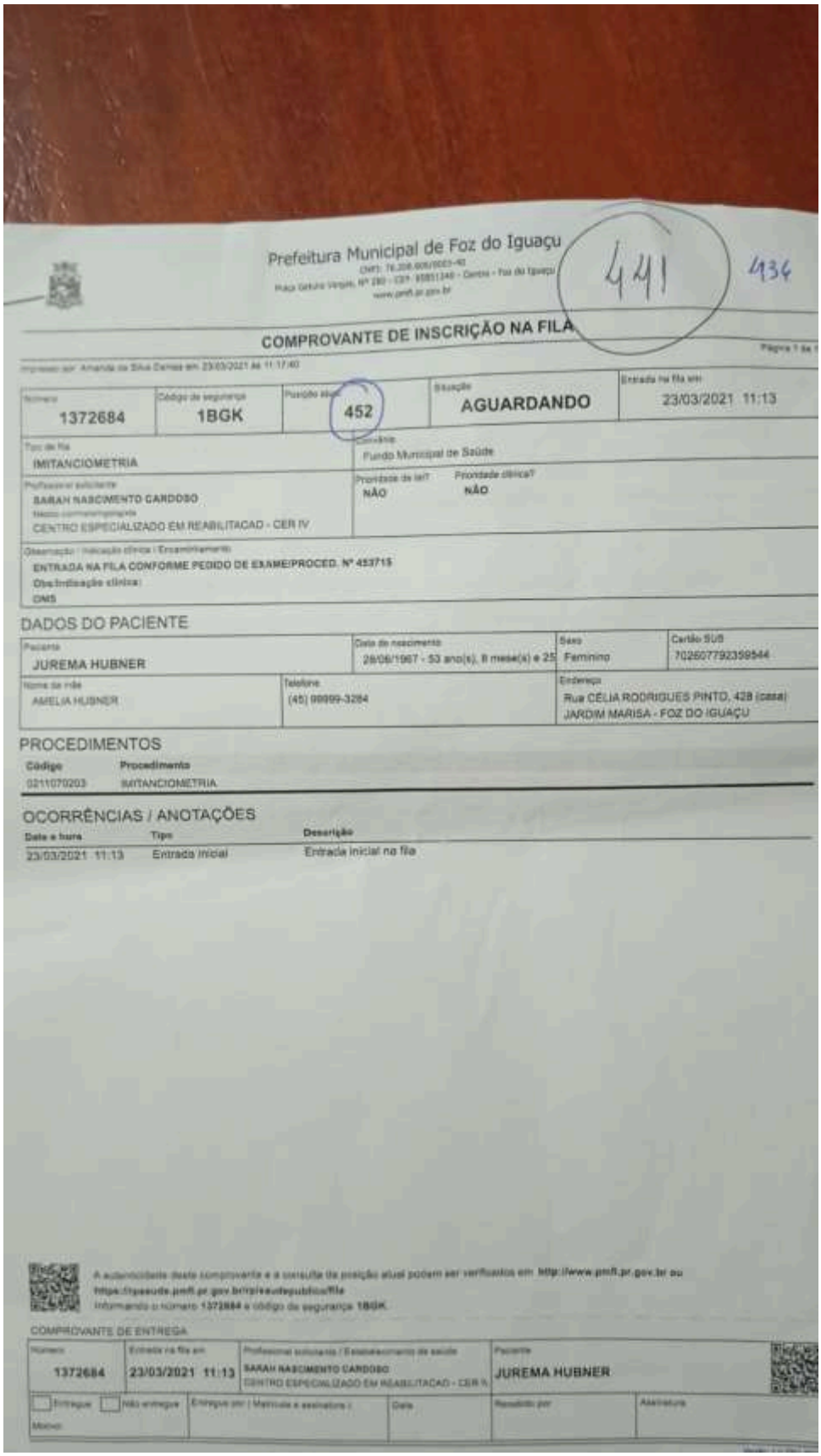
JUSTIFICATIVA

Este requerimento se justifica pela necessidade de esclarecer a situação do paciente supracitado, que está aguardando por um atendimento especializado há mais de um ano, sem previsão clara para a realização da consulta e do procedimento necessário. A demora excessiva no atendimento de casos como este pode trazer graves consequências para a saúde dos pacientes e, por isso, é de extrema importância obter informações detalhadas sobre o processo de triagem e priorização dos atendimentos, bem como sobre as medidas que estão sendo tomadas para reduzir o tempo de espera e garantir o acesso adequado aos serviços de saúde. Considerando o direito constitucional à saúde, é dever desta Casa fiscalizar e acompanhar a efetividade dos serviços prestados à população, assegurando que todos tenham acesso ao tratamento adequado em tempo hábil.

Sala das Sessões, 3 de setembro de 2024.

Kalito Stoeckl
Vereador

Assinado por 1 pessoa: KALITO STOECKL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/



Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

441 936

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NA FILA

Número	Código de segurança	Posição atual	Situação	Entrada na fila em
1372684	1BGK	452	AGUARDANDO	23/03/2021 11:13

Tipo de fila: IMITANCIOMETRIA
Convênio: Fundo Municipal de Saúde
Profissional solicitante: SARAH NASCIMENTO CARDOSO
Nome comercial/agência: CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAD - CER IV
Prioridade de lei? NÃO
Prioridade clínica? NÃO
Observação / Indicação clínica / Encaminhamento: ENTRADA NA FILA CONFORME PEDIDO DE EXAME/PROCED. Nº 453715
Obs/Indicação clínica:
CNS

DADOS DO PACIENTE

Paciente	Data do nascimento	Sexo	Cartão SUS
JUREMA HUBNER	28/06/1967 - 53 ano(s), 8 mese(s) e 25	Feminino	702607792359544

Nome da mãe	Telefone	Endereço
AMELIA HUBNER	(45) 99999-3284	Rua CÉLIA RODRIGUES PINTO, 428 (casa) JARDIM MARISA - FOZ DO IGUAÇU

PROCEDIMENTOS

Código	Procedimento
0211070203	IMITANCIOMETRIA

OCORRÊNCIAS / ANOTAÇÕES

Data e hora	Tipo	Descrição
23/03/2021 11:13	Entrada inicial	Entrada inicial na fila

A autenticidade deste comprovante e a consulta de posição atual podem ser verificados em: http://www.pmfi.pr.gov.br ou https://cpsaude.pmfi.pr.gov.br/cpsaudepublico/fila informando o número 1372684 e código de segurança 1BGK

COMPROVANTE DE ENTREGA

Número	Entrada na fila em	Profissional solicitante / Encaminhamento de saúde	Paciente
1372684	23/03/2021 11:13	SARAH NASCIMENTO CARDOSO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAD - CER IV	JUREMA HUBNER

Entregue	Não entregue	Entregue por / Matrícula e assinatura	Data	Recebido por	Assinatura

Motivo:

Assinado por 1 pessoa: PRESENCIAL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/3E77-A6A2-7A41-2396 e informe o código 3E77-A6A2-7A41-2396

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 8677-6A97-49FE-2396

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

KALITO STOECKL (CPF 006.XXX.XXX-28) em 04/09/2024 08:55:16 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/8677-6A97-49FE-2396

Assinado por 1 pessoa: PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/CE7A-E4CD-54AB-DC41 e informe o código CE7A-E4CD-54AB-DC41

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: CE7A-E4CD-54AB-DC41

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU (CPF 029.XXX.XXX-16) em 09/09/2024 12:19:55 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/CE7A-E4CD-54AB-DC41