OFÍCIO Nº 1.054/2024

Foz do Iguaçu, 05 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 400/2024, de autoria do Vereador Kalito Stoeckl, aprovado em Sessão Ordinária levada a efeito no dia 04 de setembro corrente, o qual solicita informações sobre o paciente inscrito na fila para a realização de cirurgia dentária (exodontia), 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/97F7-ADA1-F14E-B2F0 e informe o código 97F7-ADA1-F14E-B2F0

REQUERIMENTO Nº 400/2024

Requer do Prefeito Municipal informações sobre o paciente inscrito na fila para a realização de cirurgia dentária (exodontia), 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 cirurgia dentária (exodontia) sob o número 1834315, na posição atual 815, aguardando desde o dia 29/03/2023, conforme demonstrado no comprovante em anexo.

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. Existe 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 suficientes para atender a demanda de consultas dessa especialidade?

J U S T I F I C A T I V A

Este requerimento se justifica pela necessidade de esclarecer a situação do paciente supracitado, que está aguardando por um atendimento especializado há

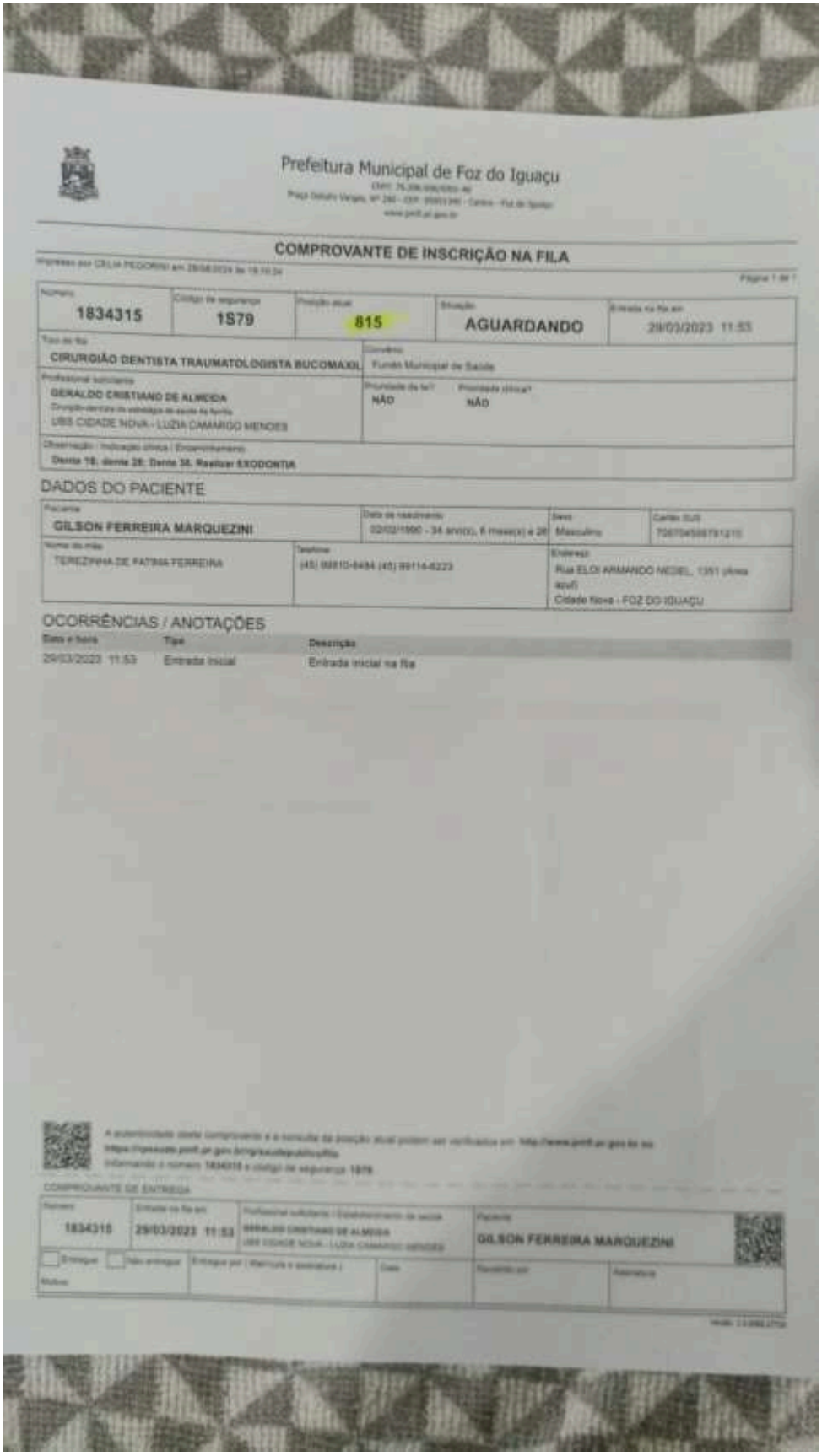
Assinado por 1 pessoa: PRESIDENCIA CÂMARA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/0562-A024-7398-9D27 e informe o código 0562-A024-7398-9D27

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, 2 de setembro de 2024.

Kalito Stoeckl
Vereador

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/9562-A924-7398-9B27-0 e informe o código 9562-A924-7398-9B27-0



Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NA FILA

Número	Código de segurança	Posição atual	Situação	Entrada na fila em
1834315	1S79	815	AGUARDANDO	29/03/2023 11:53

Tipo de fila: CIRURGIÃO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXIL
Convênio: Fundo Municipal de Saúde
Profissional solicitante: GERALDO CRISTIANO DE ALMEIDA
UBS CIDADE NOVA - LUZIA CAMARGO MENDES
Prioridade da lei? NÃO
Prioridade clínica? NÃO
Observação / Indicação clínica / Encaminhamento: Dente 16, dente 26, Dente 36, Realizar EXODONTIA

DADOS DO PACIENTE

Paciente	Data de nascimento	Sexo	Cartão SUS
GILSON FERREIRA MARQUEZINI	02/02/1990 - 34 ano(s), 6 mese(s) e 28	Masculino	708704588791210

Nome da mãe	Telefone	Endereço
TEREZINHA DE FATIMA FERREIRA	(45) 99810-6484 (45) 99114-8223	Rua ELOI ARMANDO NEDEL, 1351 (Área azul) Cidade Nova - FOZ DO IGUAÇU

OCORRÊNCIAS / ANOTAÇÕES

Data e hora	Tipo	Descrição
29/03/2023 11:53	Entrada inicial	Entrada inicial na fila

A autenticidade desta comprovante e a consulta da posição atual podem ser verificadas em: http://www.pmfi.pr.gov.br ou https://cgvsaude.pmfi.pr.gov.br/cgvsaude/publico/fila informando o número 1834315 e código de segurança 1S79

COMPROVANTE DE ENTREGA

Número	Entrada na fila em	Profissional solicitante / Estabelecimento de saúde	Paciente
1834315	29/03/2023 11:53	GERALDO CRISTIANO DE ALMEIDA UBS CIDADE NOVA - LUZIA CAMARGO MENDES	GILSON FERREIRA MARQUEZINI

☐ Entregue ☐ Não entregue | Entregue por (Matrícula e assinatura) | Data | Recebido por | Assinatura
Motivo

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/0352-A024-7394-5BB7 e informe o código 0352A024739

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 6562-A924-7393-9DE7

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

KALITO STOECKL (CPF 006.XXX.XXX-28) em 02/09/2024 09:45:54 (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/6562-A924-7393-9DE7

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/97F7-ADA1-F14E-B2F0 e informe o código 97F7-ADA1-F14E-B2F0

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 97F7-ADA1-F14E-B2F0

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 05/09/2024 13:06:31 (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/97F7-ADA1-F14E-B2F0