REQUERIMENTO Nº 694/2023

Requer do Prefeito Municipal informações sobre o caso da paciente N.T.K.R. que aguarda na fila por aparelho auditivo, 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 caso da paciente N.T.K.R. que aguarda na fila por aparelho auditivo, cabendo questionar por que a paciente ainda não foi atendida com o aparelho, bem como quando a paciente receberá do município o aparelho que necessita.

JUSTIFICATIVA

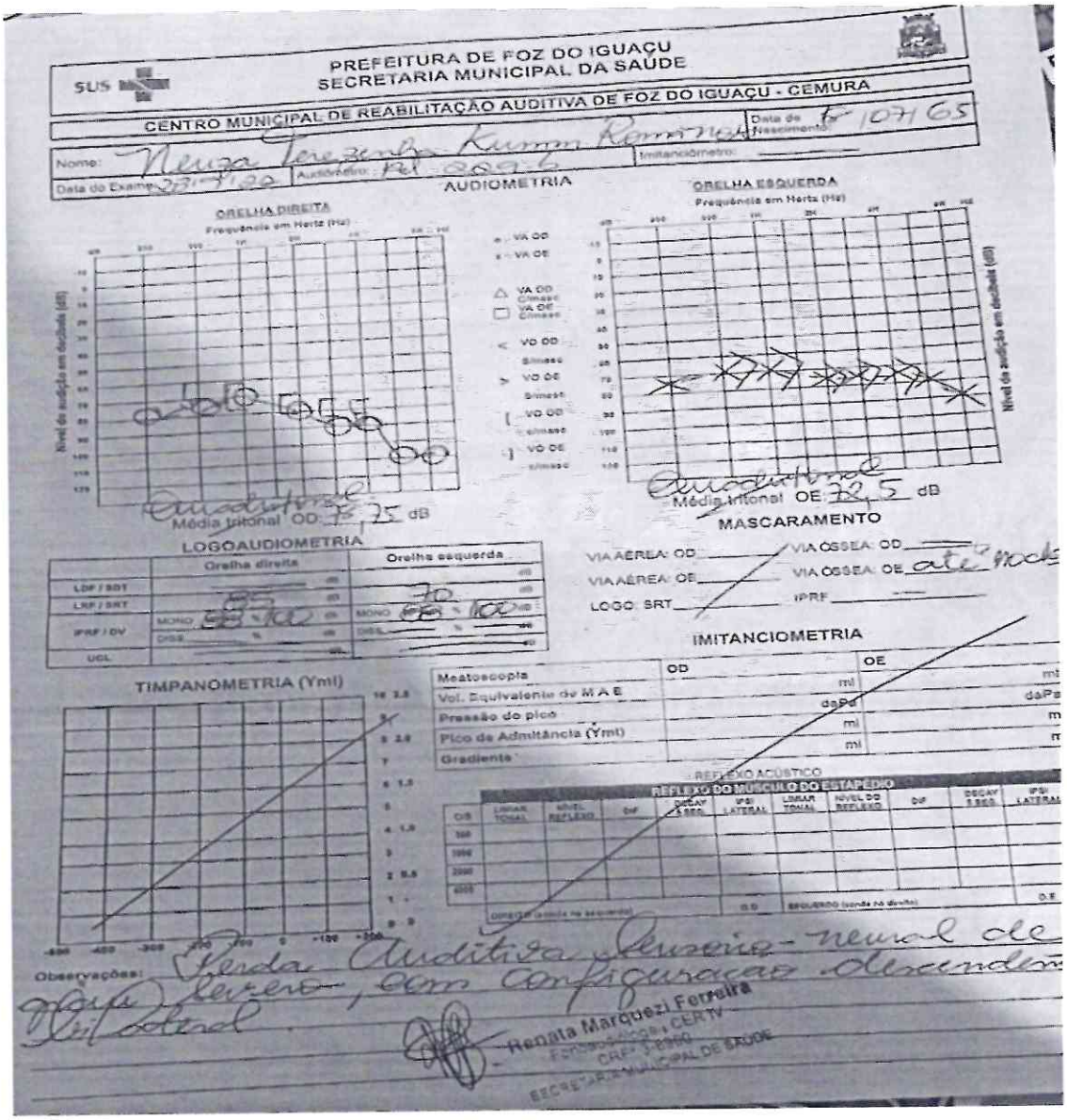
O presente requerimento é um questionamento de familiares de Neuza Terezinha Kumm Romanoski, que aguarda na fila para receber do município um aparelho auditivo.

Por se tratar de uma demanda justa a quem necessita, com base nas prerrogativas inerentes ao cargo, tem-se o presente requerimento.

Nestes termos, pede deferimento.

Sala das Sessões, 27 de setembro de 2023.

Galhardo
Vereador



PREFEITURA DE FOZ DO IGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SUS

CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO AUDITIVA DE FOZ DO IGUAÇU - CEMURA

Nome: Neuza Terezinha Kumm Romanoski | Data de Nascimento: 15/07/65

Data do Exame: 23/7/20 | Audiômetro: Pel 209-6 | Imitanciômetro:

AUDIOMETRIA

ORELHA DIREITA
Frequência em Hertz (Hz)
Nível de audição em decibels (dB)
Média tritonal OD: 78,75 dB

ORELHA ESQUERDA
Frequência em Hertz (Hz)
Nível de audição em decibels (dB)
Média tritonal OE: 72,5 dB

LOGOAUDIOMETRIA

	Orelha direita	Orelha esquerda
LDF / SDT		
LRF / SRT		
IPRF / DV	MONO 68 % 100 dB	MONO 70 % 100 dB
UCL		

MASCARAMENTO
VIA AÉREA: OD
VIA AÉREA: OE
LOGO: SRT
VIA ÓSSEA: OD
VIA ÓSSEA: OE até 90 dB
IPRF

IMITANCIOMETRIA

	OD	OE
Meatoscopia		
Vol. Equivalente de M A E	ml	ml
Pressão do pico	daPa	daPa
Pico de Admitância (Ymt)	ml	ml
Gradiente	ml	ml

TIMPANOMETRIA (Ymt)

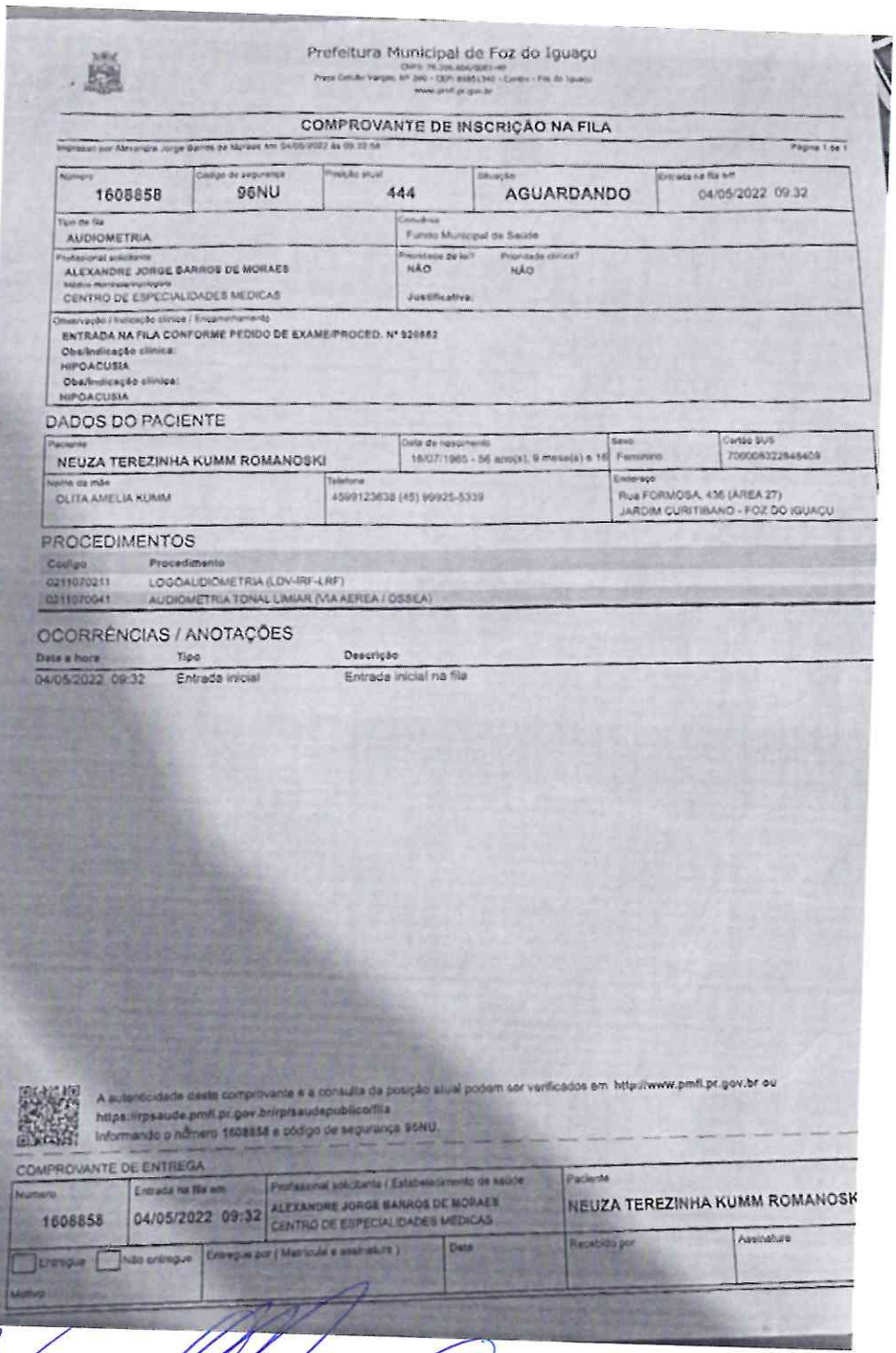
REFLEXO ACÚSTICO
REFLEXO DO MÚSCULO DO ESTAPÉDIO

C/S	LIMIAR TONAL	NÍVEL REFLEXO	DIF	DECAY 5 SEG.	IPSI LATERAL	LIMIAR TONAL	NÍVEL DO REFLEXO	DIF	DECAY 5 SEG.	IPSI LATERAL
500										
1000										
2000										
4000										

DIREITO (sonda no esquerdo) O.D | ESQUERDO (sonda no direito) O.E

Observações: Perda Auditiva Sensorio-neural de grau severo, com configuração descendente bilateral.

Renata Marquezi Ferreira
Fonoaudiologa - CERTV
CRF 3-6900
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NA FILA

Número	Código de segurança	Posição atual	Situação	Entrada na fila em
1608858	96NU	444	AGUARDANDO	04/05/2022 09:32

Tipo de fila: AUDIOMETRIA
Convênio: Fundo Municipal de Saúde
Profissional solicitante: ALEXANDRE JORGE BARROS DE MORAES
Médico encaminhador/origem: CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS
Prioridade de lei? NÃO
Prioridade clínica? NÃO
Justificativa:

Observação / Indicação clínica / Encaminhamento:
ENTRADA NA FILA CONFORME PEDIDO DE EXAME/PROCED. Nº 920882
Obs/Indicação clínica:
HIPOACUSIA
Obs/Indicação clínica:
HIPOACUSIA

DADOS DO PACIENTE

Paciente	Data de nascimento	Sexo	Cartão SUS
NEUZA TEREZINHA KUMM ROMANOSKI	18/07/1965 - 56 ano(s), 9 mese(s) e 16	Feminino	700008322848409

Nome da mãe	Telefone	Endereço
OLITA AMELIA KUMM	4599123838 (45) 99925-5339	Rua FORMOSA, 436 (AREA 27) JARDIM CURITIBANO - FOZ DO IGUAÇU

PROCEDIMENTOS

Código	Procedimento
0211070211	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)
0211070041	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)

OCORRÊNCIAS / ANOTAÇÕES

Data e hora	Tipo	Descrição
04/05/2022 09:32	Entrada inicial	Entrada inicial na fila

A autenticidade deste comprovante e a consulta da posição atual podem ser verificados em http://www.pmfi.pr.gov.br ou https://rpsaude.pmfi.pr.gov.br/rpsaudepublico/fila informando o número 1608858 e código de segurança 96NU.

COMPROVANTE DE ENTREGA

Número	Entrada na fila em	Profissional solicitante / Estabelecimento de saúde	Paciente
1608858	04/05/2022 09:32	ALEXANDRE JORGE BARROS DE MORAES CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS	NEUZA TEREZINHA KUMM ROMANOSK

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