



Câmara Municipal de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

REQUERIMENTO Nº 338/2020

Requer do Prefeito Municipal informações sobre o atendimento prioritário das cirurgias gerais no Município, conforme especifica.

Senhor Presidente,

O(s) Vereador(es) abaixo assinado(s) requer(em) 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 atendimento prioritário de cirurgias, apresentando o que segue:

- Qual o tempo médio de espera em cirurgias gerais para os casos de prioridade clínica, prioridade legal e casos gerais;
- Qual é a previsão de atendimento para cirurgia da paciente L.A.N, cartão SUS nº 700 0014 1765 9704, considerando que seu atendimento ocorreu em 10/08/2020, constando como nº 570 na fila de espera como prioridade clínica confirmada;
- Qual o número de cirurgias gerais realizadas no ano de 2020.

JUSTIFICATIVA

As informações são necessárias para o cumprimento da função de controle externo do Poder Executivo, por meio da fiscalização dos seus atos, conforme determina o art. 31 da Constituição.

Nestes termos, pede deferimento.

Sala das Sessões, 18 de agosto de 2020.

Márcio Rosa
Vereador



Câmara Municipal de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Comprovante de Inscrição na Fila

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU
CNPJ 00.043.888/0001-90
R. Oscar Muxfeldt, 81 - Centro - Foz do Iguaçu - PR - 85851-490
Fone: (45) 3521-8100

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NA FILA

Nome	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão	Endereço
LUZINEIA APARECIDA NASCIMENTO	28	F	Solteira	Desempregada	Rua Afonso Farias, 17 - Jardim São Paulo - Foz do Iguaçu

DADOS DO PACIENTE

Nome	Data de Nascimento	Sexo	CPF
LUZINEIA APARECIDA NASCIMENTO	04/05/1994	F	700.014.076.58/55

OCORRÊNCIAS / ANOTAÇÕES

Data e Hora	Tipo	Descrição
04/05/2020 15:07	Entrega de ficha	Ficha entregue na fila
04/05/2020 15:07	Presença confirmada	Presença confirmada

Observações:

A inscrição é feita para garantir a prioridade de atendimento em caso de emergência. O paciente deve apresentar este comprovante ao atendimento.

Assinatura do Responsável: _____
Assinatura do Profissional: _____

Assinatura do Paciente: _____