



Câmara Municipal de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

REQUERIMENTO Nº 482/2025

Requer do Secretário da Saúde informações sobre a composição das equipes de Saúde Bucal da rede pública municipal, conforme especifica.

Senhor Presidente,

O Vereador abaixo assinado requer a Vossa Excelência o envio do expediente ao Senhor Secretário da Saúde, solicitando que se digne a encaminhar a esta Casa de Leis, dentro do prazo legal, informações sobre a composição das equipes de saúde bucal da rede pública municipal, como segue:

1-Quantitativo de auxiliares de saúde bucal (ASB) atualmente vinculados à rede pública municipal;

2-Qual a carga horária semanal de cada auxiliar de saúde bucal e em quais unidades de saúde estão lotados;

3-Quantitativo de cirurgiões-dentistas atuando na rede pública municipal;

4-Qual a carga horária semanal de cada cirurgião-dentista e em quais unidades de saúde estão lotados;

5-Existem cirurgiões-dentistas atuando sob regime de 4 (quatro) horas diárias? Caso positivo, informar em quais unidades de saúde estão alocados;

6-Quantidade de equipes de saúde da família atualmente ativas no município;

7-Quantidade de equipes de saúde bucal atualmente ativas no município;

8-Como as equipes de saúde bucal estão distribuídas entre os equipamentos de saúde do município (listar por unidade de saúde);

9- Levando-se em consideração a distribuição territorial (áreas e microáreas) de cada unidade de saúde do município de Foz do Iguaçu, chega-se ao total de quantas áreas?





Câmara Municipal de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

JUSTIFICATIVA

No uso de suas atribuições legais, o Edil requer o envio das informações supracitadas, com o objetivo de analisar a atual composição das equipes de saúde bucal no município, bem como identificar eventuais pontos que possam ser aprimorados na prestação dos serviços públicos, visando subsidiar futuras proposições legislativas e ações que possam contribuir com o fortalecimento e a melhoria dos atendimentos prestados à população.

Sala das Sessões, 10 de julho de 2025.

Dr. Ranieri Marchioro

Vereador



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 1533-AB87-559D-7D56

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



RANIERI ALBERTON MARCHIORO (CPF 588.XXX.XXX-00) em 10/07/2025 11:38:29 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/1533-AB87-559D-7D56>