



Excelentíssimo Senhor Presidente da Câmara Municipal de Franca/SP.

REQUERIMENTO N.º /2024

Em ____/____/____.

Requeiro a Vossa Excelência, na forma regimental, que seja
oficiado ao Sr. Prefeito, Alexandre Augusto Ferreira, para obter
**informações sobre quando a paciente Irani Virgínia de Rezende, nascida
em 24/11/1958, será atendida.**

Segue, em anexo, ofício detalhando o seu caso médico.

Solicito a V. Ex.^a a intercessão a fim de conseguir o
atendimento urgente da paciente.

Contando com o pronto atendimento, apresento a V. Ex.^a meus
cordiais agradecimentos.

Câmara Municipal de Franca, em 27 de março de 2024.

MARCELO TIDY

Vereador





Franca, 16 de fevereiro de 2023

Ofício nº 63/2023

Ilustríssimo Senhor Secretário Municipal de Saúde,
Avenida Dr. Flávio Rocha, nº. 4.780, Jardim Redentor, Franca/SP

Ref. solicitação de fornecimento de medicamentos, próteses, órteses, insumos, exames, cirurgias ou demais providência na área da saúde

Em conformidade com o que foi deliberado em reunião na sede no Ministério Público local com essa Secretaria de Saúde e representantes do DRS-VIII, sirvo-me do presente encaminhar a Vossa Senhoria a documentação anexa, relativa à cidadã **IRANI VIRGÍNIA DE REZENDE**, nascida em 24 de novembro de 1958, residente e domiciliado à Rua Paulo Sérgio Diamantino, nº 460, Jardim Aeroporto I, CEP 14404-050, Franca/SP, tel.: (16) 99338-8288, (16)99965-6433 e (16) 99966 0377, para análise da Comissão Interdisciplinar acerca da possibilidade de realização de cirurgia para tratamento de coxartrose quadril direito.

A usuária da Defensoria Pública **IRANI VIRGÍNIA DE REZENDE** foi diagnosticada com Coxartrose quadril Direito (CID: M16) e compareceu em consulta na Ósteo Clínica e, após análise de exames apresentados juntamente com o atual estado físico da usuária, foi anotado pelo médico (relatório anexo) que o tratamento cirúrgico de Artroplastia Total de Quadri (taper não cimentada cabeça de metal) é **claramente** necessário, visto que o método com o uso de medicamentos não trás melhoras para a usuária, sendo a cirurgia a **única opção viável** neste caso clínico, precisando ocorrer de forma mais breve possível.

Assim, solicito informações quanto ao encaminhamento e previsão de cirurgia para a usuária **IRANI VIRGÍNIA DE REZENDE**.

Ademais, requer-se que a resposta a este ofício seja entregue diretamente ao e-mail unidade.franca@defensoria.sp.def.br no prazo imprerível de 10 (dez) dias.

Na hipótese de haver necessidade de análise do pedido pela Comissão Estadual sediada em São Paulo, Capital, solicito constar na resposta à cidadã se haverá ou não o atendimento de sua solicitação até a data da definitiva resposta por aquela Comissão.

Atenciosamente,

WESLEY SANCHES PINHO
Defensor Público Coordenador do Atendimento

Assinado digitalmente por WESLEY SANCHES PINHO:
08004979610
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC DIGITAL MULTIPLA
G1, OU=14017423000129, OU=videoconferencia,
OU=Certificado PF A1, CN=WESLEY SANCHES PINHO:
08004979610
Data: 2023.02.16 12:05:21-03'00'