Formulário – Solicitação de Recursos via Emendas Impositivas - Secretarias

1. Dados da Secretaria

Nome da Secretaria/Fundo: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

- CNPJ:09.277.712/001-27
- Endereço: RUA ONDINA BUENO SIQUEIRA, 180º CENTRO CÍVICO
- Telefone: 0800 400 1005
- E-mail:

2. Dados do (a)Secretário (a)

- Secretário (a):Andrea Cristina Silva
- CPF: 321.981.378-01
- Telefone: 0800 400 1005 ramal 3148

3. Informações do Projeto

- Título do Projeto: distribuição gratuita de óculos de grau
- Valor aproximado para execução: R$ 80.000, 00 (aproximadamente)
- Natureza da Despesa: (x) Custeio ( ) Investimento
- Justificativa da necessidade:

  Justifica-se a necessidade, uma vez que há uma demanda expressiva de usuários que possuem necessidades e características diferentes na área oftalmológica. Destarte, objetivando proporcionar uma melhor condição de vida para os pacientes atendidos pelo SUS deste município, que porventura apresentem patologias oftalmológicas, com indicação médica de uso de óculos que podem gerar limitações para realização de atividades de vida diária, torna-se necessária o atendimento desta solicitação, na medida que visa assegurar o compromisso com o paciente/usuário que procura esta Secretaria de Saúde por meio de demandas espontâneas.

  Muitos pacientes da rede municipal de saúde não têm condições socioeconômicas em adquirir óculos de grau. Assim, como é uma prerrogativa do SUS, visando promoção, prevenção, assistência e reabilitação, o atendimento integral a saúde, sendo um direito do cidadão, e esse direito que é garantido pela Lei nº 8.080 de 16/09/1990, estabelecida na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde, a dispensação de óculos é uma ação de saúde contemplada na Tabela SUS descrita por meio do Manual de Boas Práticas e Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

4. Público-Alvo Beneficiado

- Descrição:

  Voltado a munícipes de Arapoti que não tem condições em adquirir óculos de grau.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 28/10/2025 10:47 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pc563d90890267

5. Declaração

Declaro, para os devidos fins, que as informações acima são verdadeiras e que a entidade encontra-se regular perante os órgãos competentes.

Assinado eletronicamente por
ANDREA CRISTINA DA SILVA
***.981.378-**
28/10/2025 10:47:27

Assinatura digital avançada com certificado digital não ICP-Brasil.

Andrea Cristina Silva
Secretária Municipal de Saúde

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 28/10/2025 10:47 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pc563d90890267