

**Protocolo 4- 3.436/2025**

**De:** Agustinho M. - GAB

**Para:** Envolvidos internos acompanhando

**Data:** 18/06/2025 às 14:32:45

**Setores envolvidos:**

GAB, SMS, PROT, DTGIS

**Solicitação de Informações e Indicações - Câmara Municipal de Vereadores**

Boa tarde, segue anexo.

—  
  
Agustinho Assis Menegatti  
*Prefeito Municipal*

**Anexos:**

OFICIO\_210\_2025\_Camara\_de\_Vereadores\_requerimento\_41\_Ver\_Mauro\_Michelon\_resposta.pdf  
Oficio\_72\_RESPOSTA\_REQUERIMENTO\_41\_2025\_CAMARA\_DE\_VEREADORES.pdf



Município de São Lourenço do Oeste  
Estado de Santa Catarina

Ofício nº 210/2025/GPM/SLO

São Lourenço do Oeste, SC, 18 de junho de 2025.

À:

**Câmara de Vereadores de São Lourenço do Oeste**  
Nesta

Excelentíssimo Sr. Presidente  
Vereador João Carlos Suldowski

Ref. Requerimento nº 41/2025.

Cumprimentando-o cordialmente, em respeito ao requerimento supramencionado, de autoria do Excentíssimo Senhor Vereador Mauro Cesar Michelon, encaminhamos a documentação anexa em resposta à solicitação formalizada.

Sendo o que tínhamos para o momento,

Atenciosamente,

**AGUSTINHO ASSIS MENEGATTI**

Prefeito Municipal



OF/SMS Nº 72/2025.

São Lourenço do Oeste - SC, 11 de junho de 2025.

A Câmara Municipal  
Rua Duque de Caxias, 522  
CEP 89990-000 - São Lourenço do Oeste - SC.

**ASSUNTO: RESPOSTA REQUERIMENTO Nº 041/2025 - PEDIDO DE  
INFORMAÇÃO**

Em atenção ao Requerimento nº 041/2025 - Pedido de Informação, de autoria do Vereador Mauro Cesar Michelon, informamos que, por meio de pesquisa em nosso sistema de informação, foram identificadas 191 pessoas diagnosticadas com as patologias descritas na solicitação.

É importante ressaltar que este número se refere exclusivamente aos usuários **atendidos e diagnosticados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)**, não incluindo pacientes com cobertura de outros convênios de saúde.

Conforme solicitado, apresentamos a seguir a quantidade de pacientes por doença:

DOENÇA DE PARKINSON	15
DOENCA DE PAGET DO OSSO (OSTEITE DEFORMANTE)	1
TUBERCULOSE ATIVA	2
SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA	44
NEFROPATIA GRAVE	12
ALIENAÇÃO MENTAL	65
ESCLEROSE MÚLTIPLA	2
CEGUEIRA	10
HANSENÍASE	0
PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE	11
CARDIOPATIA GRAVE	25
ESPOUNDILOARTROSE ANQUILOSANTE	4
CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO	NÃO HÁ DADOS

Atenciosamente,

CATIA CILENE  
SCHAFER:919  
65993087

Cátia Cilene Schafer

**Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Oeste**



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 95E4-D26C-8C51-9EF2

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

- ✓ AGUSTINHO ASSIS MENEGATTI (CPF 376.XXX.XXX-49) em 18/06/2025 14:33:24 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: AC SyngularID Multipla << AC SyngularID << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://saolourencodooeste.1doc.com.br/verificacao/95E4-D26C-8C51-9EF2>