CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE IBIÚNA

"Vereador Rubens Xavier de Lima"

Estado de São Paulo

Rua Maurício Barbosa Tavares Elias, 314 – 18150-000 – Ibiúna – SP. – Fone/Fax: (15) 3241-1266

www.camaraibiuna.sp.gov.br - e-mail: camaraibiuna@camaraibiuna.sp.gov.br

APROVADO
CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA
TURÍSTICA DE IBIÚNA
EM 24 DE 11 DE 2020
PRESIDENTE 1º SECRETÁRIO

REQUERIMENTO Nº 76 **/2020**

Requeiro à mesa, dispensadas as formalidades regimentais, seja o presente encaminhado ao **CHEFE DO EXECUTIVO MUNICIPAL**, para que o mesmo após consulta ao setor competente envie a está Casa de Leis, informações e documentos sobre o fornecimento de medicamentos, conforme segue:

1- Quem é o responsável pelo fornecimento de medicamentos que abastece a Farmácia do Posto de Saúde central, bem como o hospital?
2- Enviar notas de compras e comprovante de pagamentos desses medicamentos;
3- Enviar relatório especificando como é feito a disponibilização de medicamentos aos pacientes;

Justificativa

Justifica-se o presente requerimento, tendo em vista que fui procurada por muitos munícipes informando que não estão conseguindo medicamentos, causando enorme prejuízos aos pacientes. Como é o caso da Munícipe a Sra. Leila Maria Gabriel Vieira, que é usuária de medicamentos controlados e infelizmente realizou o pedido em 13/10 e infelizmente foi disponibilizado apenas 30 comprimidos dos 60 que deveriam ser disponibilizado.

SALA DAS SESSÕES, VEREADOR RAIMUNDO DE ALMEIDA LIMA, EM 24 NOVEMBRO DE 2020.

Rozi Aparecida D. Soares Machado
VEREADORA

Elisângela Soares
Vereadora

Abel Rodrigues de Camargo
Vereador (Abel do Cupim)

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE IBIÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE ATENÇAÕ PSICOSSOCIAL-CAPS II

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: LEILA MARIA GABRIEL VIEIRA

Endereço: CENTRO

VIA ORAL

RAZAPINA ODT 45 MG – 60 COMPRIMIDOS

1 CP/DIA

DATA:

Carimbo/Assinatura do Médico

CRM

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		*IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR*	
NOME:			
IDENT.	*O EMISSOR:*		
END:			
CIDADE:	*UF:*	Assinatura do farmacêutico	Data
TELEFONE:			

1ª via-Retenção na Farmácia ou Drogaria-2ª Via-Orientação ao paciente

Rua Álvaro de Almeida Leme, nº 271,Centro- Ibiúna-SP
Fone: 15 3246 3022