LEI Nº 2.576 DE 18 DE DEZEMBRO DE 2002.

CRIA CARTÃO FACILITADOR DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS IDOSOS E APOSENTADOS ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SUS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

CONSIDERANDO que o Prefeito Municipal, não sancionou, até a presente data, a Lei n°. 2.576/02, encaminhada aos 07/11/2002;
CONSIDERANDO que o Presidente da Câmara Municipal, por sua vez também não o fez;
CONSIDERANDO as letras dos parágrafos 2°., 5o. e 7o. do artigo 59 da Lei Orgânica do Município de Alegre,
O Vice-Presidente da Câmara Municipal de Alegre, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais, etc ...

Faço saber que a Câmara Municipal de Alegre, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais, aprovou e eu Vice-Presidente, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica criado o Cartão Facilitador da Saúde, para um melhor atendimento aos idosos e aposentados, através da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 2º - O cartão de que trata esta Lei tem por objetivos básicos:

I - facilitar o atendimento à saúde do idoso e aposentado;
II - orientar os profissionais de saúde nos atendimentos emergenciais para terapia de manutenção;
III - facilitar a identificação do responsável pelo idoso ou aposentado em caso de intercorrências.

Art. 3º - O Cartão Facilitador, conforme modelo constante nos anexos desta Lei, deverá conter as seguintes informações:

I - identificação, dados pessoais e assinatura ou impressão digital do idoso ou aposentado;
II - identificação das doenças, grupo sanguíneo e outras observações necessárias ao tratamento, desde que o paciente tenha conhecimento das mesmas e as autorize;
III - identificação de medicamentos utilizados com especificação, registro de horários e data de validade.

Art. 4° - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação. Revogam-se as disposições em contrário.

Alegre (ES), 18 de dezembro de 2002.

CARLOS LEMOS BARBOSA
Vice-Presidente - CMA

Este texto não substitui o original publicado e arquivado na Câmara Municipal de Alegre.

ANEXO I

0,07 m

0,09 m

Secretaria Municipal de Saúde

Alegre – ES

Cartão Facilitador da Saúde

Nome: _____

Filiação: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Problemas atuais de saúde: _____

_____

Medicamentos utilizados: _____

_____

Data de validade: _____

Horários que são administrados os medicamentos: _____

_____

Obs. _____

_____

ANEXO II

0,07 m

0,09 m

_____

Assinatura do portador

e/ou

Impressão digital
(Polegar direito)

Alegre, ES ___/___/_____

_____

Funcionário responsável