LEI Nº 3.683, DE 09 DE JULHO DE 2013.

INSTITUI O SISTEMA DE FICHA DE AVALIAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS, DENOMINADO DE "FALA CIDADÃO SAÚDE PARA TODOS"

A CÂMARA MUNICIPAL DE ANAPOLIS aprovou e eu, **PREFEITO MUNICIPAL,** sanciono a seguinte Lei:

Art.1º- Fica instituído por esta Lei o sistema de avaliação, através de Ficha de Avaliação, denominado como "FALA CIDADÃO SAÚDE PARA TODOS", a ser disponibilizadas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e nas Unidades de Pronto Atendimento, pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde, inclusive as unidades conveniadas do Município de Anápolis.

Art.2º. A Ficha de Avaliação deverá seguir o seguinte padrão, conforme modelo definido no anexo I, parte integrante da presente Lei.

Art.3º. Será disponibilizado fichas de avaliação para preenchimento e urna, lacrada, para que os pacientes ou responsáveis, depositem sua ficha de avaliação.

Art.4º. As despesas decorrentes da implantação e execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias do Poder Executivo Municipal.

Art.5º. VETADO

Art.6º. As Fichas de Avaliação deverão ser recolhidas e conferidas pelo Conselho Municipal de Saúde.

§ 1º. O recolhimento das Fichas de Avaliação deverão ocorrer no primeiro dia útil de cada mês.

§ 2º. O resultado da contagem será encaminhado ao Poder Executivo Municipal ficando obrigado ao mesmo a divulgação no Diário Oficial do Município e no site oficial da Prefeitura, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, contadas a partir de sua recepção.

Art.7º. Fica o Conselho Municipal de Saúde de Anápolis responsável pela fiscalização da presente Lei.

Art.8º. Esta Lei será regulamentada pelo Poder Executivo em um prazo máximo de 60 (sessenta) dias.

Art.9º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MUNICIPIO DE ANÁPOLIS, 09 de julho de 2013.

Antônio Roberto Otoni Gomide
Prefeito de Anápolis

Edmar Silva
Procurador Geral do Município

PL/HO/ JAKSON CHARLES/027/2013

ANEXO I

FICHA DE AVALIAÇÃO

Nome do paciente ou responsável_____
_____
Endereço_____
Bairro_____Cidade_____
Telefone (_____) _____
Nome do Médico (a)_____
Nome do (a) Atendente _____
Data do atendimento_____/_____/_____

O atendimento foi realizado:

Satisfatório: ( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim
Qualidade: ( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim

Crítica:

_____
_____
_____
_____

Elogio:

_____
_____
_____
_____

Sugestão:

_____
_____
_____
_____

_____
(Assinatura não obrigatória)