

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

EXCELENTÍSSIMO SENHOR
PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP.

Ementa: Solicita ao Departamento Municipal de Saúde sobre a realização de exames de Ressonância Magnética no Município de São João da Boa Vista.

REQUERIMENTO Nº 690/2014

REQUEIRO a Casa, depois de ouvido o Plenário, que seja encaminhado ofício a Ilustríssima Senhora Lia Bissoli Malaman, Diretora do Departamento Municipal de Saúde, solicitando para que envie a esta Casa as seguintes informações:-

- 1 - Qual o prazo para a realização do exame?
- 2 - Quantos exames têm sido realizados por mês?
- 3 - Quantos pedidos existem e aguardam para ser realizados atualmente no Departamento Municipal de Saúde?
- 4 - Qual o valor necessário para que o Município tenha condições de atender à demanda existente?
- 5 - Quanto custa cada ressonância e qual o valor por exame que o SUS repassa para o Município?
- 6 - Atualmente, que medidas estão sendo tomadas para que um número maior de pessoas possa ter acesso a esse exame?

Agradeço a atenção e providências.

Plenário Dr. Durval Nicolau, 30 de outubro de 2.014.

LEONILDES CHAVES JÚNIOR
VEREADOR – PC do B