



PORTARIA INTERNA Nº 014/2023/SEMS/JUR

A Sra. **Gilcilene Buzetti Costa Gonçalves**, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações, Estado de Minas Gerais, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos dispositivos do Decreto nº. 3.441/2017 e alterações posteriores, e

Considerando o art. 197 da Constituição Federal de 1988 que estabelece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Considerando a Lei Federal nº 9.051/1994 que dispõe sobre a expedição de certidões para a defesa de direitos e esclarecimentos de situações.

Considerando as disposições do art. 7º, inciso VI, da Lei Federal nº 8.080/1990 que estabelece como princípio e diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

RESOLVE:

Art. 1º. APROVAR o Formulário de Requerimento de Informações junto a Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações (ANEXO I) para fins de expedição de certidões sobre as ações e serviços públicos de saúde disponíveis no Município de Três Corações.

Art. 2ª – O prazo para resposta ao pedido de informações será de até 15(quinze) dias, nos termos do que já dispõe a Lei Federal nº 9.051/1994.

Art. 3ª – As informações e as documentações solicitadas, constantes no formulário, devem ser apresentadas na data de requerimento do mesmo.

Art. 4ª – Ficam ressalvadas as disposições estabelecidas na Instrução Normativa nº 001/2022/SEMS que dispõe sobre a prestação de informações técnicas sobre medicamentos, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Dado e passado nesta Secretaria Municipal de Três Corações, aos dois de Fevereiro de dois mil e vinte e três.


GILCILENE BUZETTI COSTA GONÇALVES
Secretária Municipal de Saúde



PREFEITURA DE TRÊS CORAÇÕES
"TERRA DO REI PELÉ"
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES JUNTO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
TRÊS CORAÇÕES

DATA DO REQUERIMENTO: ___/___/___

DATA DA RESPOSTA: ___/___/___

RECEBIDO POR: _____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE/PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

RG: _____ CPF: _____

CARTÃO SUS: _____

TELEFONE: (____) _____

DADOS DO REPRESENTANTE DO REQUERENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

TIPO DE VÍNCULO COM REQUERENTE: _____

ENDEREÇO: _____

RG: _____ CPF: _____

TELEFONE: (____) _____

REQUERIMENTO COM JUSTIFICATIVA

Observações:

- Preencher com letra legível;
- Apresentar RG, CPF e CARTÃO SUS, na via original
- Anexar cópia do Relatório Médico.

ASSINATURA DO REQUERENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

PROTOCOLO

DATA DO REQUERIMENTO: ___/___/___

DATA DA RESPOSTA: ___/___/___

RECEBIDO POR: _____