



REQUERIMENTO Nº 80/2024

EMENTA
INFORMAÇÕES REF. APARELHO DE
AFERIÇÃO DE ÍNDICE GLICÊMICO

PROTOCOLO GERAL N. _____

DATA ____/____/____

REQUEIRO à MESA, após ouvido o Douto Plenário e dispensadas as formalidades regimentais, que seja oficiado ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal, para solicitar as seguintes informações:

1. Qual é o custo unitário de cada aparelho de aferição de índice glicêmico adquirido?
2. Quantos aparelhos de medir glicemia foram comprados, considerando que o executivo solicitou um montante de R\$ 200.000,00 para essa aquisição?
3. Qual é o procedimento para a obtenção dos aparelhos de medir glicemia e das fitas necessárias para o uso desses aparelhos?
4. Quantos aparelhos de medir glicemia estão disponíveis no posto de saúde?
5. Quantos endocrinologistas, cardiologistas, oftalmologistas e psiquiatras estão atualmente atuando no posto de saúde?
6. Qual é o processo de contratação desses profissionais? Foram contratados de forma direta, por concurso ou através de algum outro meio?
7. Qual é o nome dos médicos ou médicos que prestaram atendimento no posto de saúde?
8. Qual foi o horário de início e término do atendimento realizado pelos médicos mencionados?

JUSTIFICATIVA

Estas informações são essenciais para assegurar a transparência e a correta alocação dos recursos públicos relacionados à aquisição de aparelhos de medir glicemia e a contratação de serviços médicos no posto de saúde. Além disso, é



Câmara Municipal de Bom Jesus dos Perdões
Rua N. Sra. Consolação, 295 - Centro - CEP 12955-000 - Fone: 4012-7535 - Bom Jesus dos Perdões/SP

fundamental garantir que o processo de aquisição e os serviços prestados atendam adequadamente às necessidades da população.

Bom Jesus dos Perdões, 04 de setembro de 2024.

ANTONIO MARCOS FLAUSINO
Vereador

LIDO EM SESSÃO DO DIA

____/____/____

SECRETÁRIO(A)

DESPACHO:

APROVADO POR _____ VOTOS
ENCAMINHE-SE POR OFÍCIO E
AGUARDE-SE O PRAZO LEGAL PARA
RESPOSTA

PRESIDENTE

PROVIDENCIADO ENCAMINHAMENTO

OFÍCIO N° _____ DATA ____/____/____

PROT. EX. N° _____

DATA ____/____/____

SECRETARIA DA CÂMARA