



# Câmara Municipal de São Pedro

## Estado de São Paulo

INDICAÇÃO Nº 081/2021

**Ementa: Indico ao Chefe do Poder Executivo, a viabilidade de implantação de “pesquisa de satisfação” na UPA e SANTA CASA de São Pedro.**

Senhor Presidente,

**Indico**, após cumpridas as formalidades regimentais, ao Chefe do Poder Executivo, para que através do setor competente, a viabilidade de implantação de “pesquisa de satisfação” na UPA e SANTA CASA de São Pedro.

Justifica esta indicação, pois se faz necessária essa solicitação com a finalidade de garantir aos cidadãos seus direitos a participação no acompanhamento da prestação e na avaliação dos serviços, visando aprimorar a qualidade no atendimento aos munícipes e usuários deste serviço.

Salientamos que a medida busca a efetivação dos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência, sendo este último inserido no texto constitucional pela EC nº 19/98. Por fim, a Lei nº 13.460/17, que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, define como um dos DIREITOS BÁSICOS DOS USUÁRIOS a “participação no acompanhamento da prestação e na avaliação dos serviços”, faz com que possamos também valorizar os funcionários que fazem parte do quadro Municipal de Saúde. Segue anexo modelo.

São Pedro, 28 de Janeiro de 2021.

**ADILSON DE JESUS**  
VEREADOR

**ALESSANDRA PISCO**  
VEREADORA

**JOSÉ ROBERTO DE MOURA - DUDU**  
VEREADOR

Câmara Municipal

Número de Protocolo

00114/2021

Indicação Nº 81/2021

Data: 29/01/2021 Hora

Autores: Adilson de Jesus

Assunto: Indico ao Chefe do Poder Executivo, a viabilidade de implantação de pesquisa de satisfação na UPA e SANTA CASA de São Pedro.

# Título: SATISFAÇÃO DOS PACIENTES

Emissão:

Revisão: 00

Página 1 de 1

| 1. Nº do formulário: _____ / _____ / _____                                |  |  |           |  |  | DATA DE APLICAÇÃO: ____ / ____ / ____ |   |                          |   |   |    |        |       |
|---|--|--|-----------|--|--|---------------------------------------|---|--------------------------|---|---|----|--------|-------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| NOME:   |  |  | TELEFONE: |  |  | EMAIL:                                |   |                          |   |   |    |        |       |
| ITENS A SEREM AVALIADOS   |  |  |           |  |  | AVALIAÇÃO                             |   |                          |   |   |    |        |       |
|   |  |  |           |  |  | 0                                     | 2 | 4                        | 6 | 8 | 10 | Melhor | Igual |
| <b>CORDIALIDADE NO ATENDIMENTO</b>  |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| 1. Recepção   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| 2. Internação   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| 3. Enfermagem   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| 4. Médico   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| <b>QUALIDADE</b>  |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| 1. Higiene e limpeza  |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
|   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
|   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| <b>ESTRUTURA DO HOSPITAL</b>  |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| 1. Consultório  |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| 2. Sala de Recepção   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| 3. Sala de Espera   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| 4. Banheiros  |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| <b>QUAL SUA AVALIAÇÃO FINAL SOBRE O NOSSO ATENDIMENTO?</b>                |  |  |           |  |  | 0                                     | 2 | 4                        | 6 | 8 | 10 |        |       |
| <b>QUAIS SÃO AS EXPECTATIVAS FUTURAS EM RELAÇÃO AO NOSSO ATENDIMENTO?</b> |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
|   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
|   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
|   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
|   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| <b>SUGESTÕES/COMENTÁRIOS/CRÍTICAS</b>                                     |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
|   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
|   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
|   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
|   |  |  |           |  |  |                                       |   |                          |   |   |    |        |       |
| Pesquisa respondida por:  |  |  |           |  |  |                                       |   | Data: ____ / ____ / ____ |   |   |    |        |       |