



# CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

AV. ENGº CARLOS REINALDO MENDES, 2945 - ALTO DA BOA VISTA - SOROCABA/SP  
CEP:18013-904 TEL: (15) 3238.1111 • WWW.CAMARASOROCABA.SP.GOV.BR

## Requerimento

### SUSPENSÃO DO TRANSPORTE DE PACIENTES ATENDIDOS PELO IAMSPE

REQUEIRO à *Secretaria de Saúde de Sorocaba*

*Assunto: SUSPENSÃO DO TRANSPORTE DE PACIENTES ATENDIDOS PELO IAMSPE em outros municípios.*

*CONSIDERANDO que fomos procurados por servidores estaduais que relatam a suspensão do transporte para tratamentos de saúde fora do Município através do IAMSPE, concedido até então pela Prefeitura Municipal de Sorocaba.*

*CONSIDERANDO várias queixas da falta do serviço, falta de veículos e a demora no trajeto.*

*CONSIDERANDO que com a falta do transporte cedido pela Prefeitura, frequentemente os pacientes em tratamento médico através do IAMSPE em outras localidades estão sendo obrigados a reagendar suas consultas e atendimentos para outras datas.*

*CONSIDERANDO a necessidade de buscar o atendimento médico especializado, cirurgia e internação no Hospital do Servidor Público Estadual, localizado na cidade de São Paulo, tendo em vista que o IAMSPE não oferece tais serviços na cidade de Sorocaba.*

*Requeiro ao Senhor Prefeito Municipal e ao Secretário de saúde de Sorocaba nos informar o que segue:*





# CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

AV. ENGº CARLOS REINALDO MENDES, 2945 - ALTO DA BOA VISTA - SOROCABA/SP  
CEP:18013-904 TEL: (15) 3238.1111 • WWW.CAMARASOROCABA.SP.GOV.BR

1 – *Informar qual o número de pessoas atendidas pelo transporte oferecido pela Prefeitura de Sorocaba para tratamento fora da cidade?*

2 – *Informar se é de conhecimento do Secretário de Saúde que as faltas dos pacientes em suas consultas ou atendimento em outras localidades através do IAMSPE pode ensejar a descontinuidade do tratamento que está submetido?*

3 – *Quantos veículos estão disponíveis nesta data para o transporte de pacientes em tratamento em outras localidades? Tais veículos são exclusivos para esta finalidade?*

*Ciente de sua compreensão, aguardo o retorno e solicito o protocolo deste pedido.*

**S/S., 9 de janeiro de 2025**

**Raul Marcelo**

**Vereador**



# PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi assinado eletronicamente e pode ser acessado no endereço <https://sorocaba.camarasempapel.com.br/autenticidade> utilizando o identificador 3200390039003800350036003A005000

Assinado eletronicamente por **Raul Marcelo de Souza** em 15/01/2025 11:20

Checksum: **C230BEC78719B10739412285972E8A19CA93819184F2811233439FD77C8BA1E3**

