

# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUIUNA**

CEP 37559-000 – ESTADO DE MINAS GERAIS

**DECRETO Nº 15/2023 - DE 02 DE JUNHO DE 2023.**

**DISPÕE SOBRE NORMAS PARA A ADMINISTRAÇÃO DE  
MEDICAÇÃO ORAL NAS UNIDADES EDUCACIONAIS DA  
REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE IPUIUNA.**

**ELDER CÁSSIO DE SOUZA OLIVA, Prefeito Municipal de Ipuiuna, Estado de Minas Gerais, no uso de suas atribuições legais conferidas pelo art. 77, inciso VI, da Lei Orgânica do Município de Ipuiuna, e;**

**Considerando as normas do Ministério da Saúde;**

**Considerando a necessidade de normatizar a administração de medicação oral nas unidades educacionais da Rede Municipal de Ensino;**

**Considerando a aprovação pela equipe gestora, em reunião para tratar sobre a normatização da medicação nas unidades educacionais;**

**DECRETA:**

**Art. 1º - Ficam as Escolas Municipais de Ipuiuna autorizadas a organizar mediante assinatura de termo de responsabilidade pelos pais e por prescrição médica, a ministração de medicação oral remédios para as crianças de 0 a 11 anos, matriculadas nas escolas.**

**Art. 2º - O profissional designado para esse fim deverá se atentar para os seguintes itens da prescrição médica:**

**I - nome da criança;**

**II - nome do medicamento;**

**III - carimbo do médico com nome legível e nº do CRM**

**IV - dosagem;**

**V - horário para a administração do medicamento.**

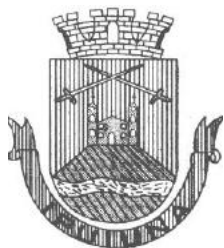
**Art. 3º - Em casos de um número considerável de crianças a serem medicadas ou de complexidade na sua administração a direção da escola poderá pedir a permanência da mãe para esse fim.**

**Art. 4º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.**

**Paço Municipal “Prefeito José Geraldo Franco”, 02 de junho de 2023.**

---

**ELDER CÁSSIO DE SOUZA OLIVA**  
**Prefeito Municipal**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUIUNA

CEP 37559-000 – ESTADO DE MINAS GERAIS

## ANEXO I

### TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ORAL

Ipuiuna, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, RG

nº \_\_\_\_\_, responsável pelo

aluno \_\_\_\_\_,

nº matrícula \_\_\_\_\_, solicito e autorizo o responsável escolar a

administrar a medicação ora entregue, conforme receituário e prescrição médica em

anexo, nos horários em que estiver na Unidade Escolar.

---

Assinatura do Responsável