



ESTADO DE MATO GROSSO  
CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO  
"Palácio Urbano Rodrigues Fontes"

Req: 15

CONTROLE DE PLENÁRIO		
EXPEDIENTE: <u>31</u> / <u>03</u> /2025		
Visto do Secretário: <u>[Assinatura]</u>		
<input type="checkbox"/> PEDIDO DE VISTA	APROVADO EM: _____ / _____ /2025	
Visto do Secretário: _____		
<input type="checkbox"/> PEDIDO RETIRADA	APROVADO EM: _____ / _____ /2025	
Visto do Secretário: _____		
PEDIDO DE (RE) INCLUSÃO NA PAUTA _____ / _____ / _____		
Visto do Secretário: _____		
DECISÃO PLENÁRIA		
VOTAÇÃO: Único: _____ / _____ /2025		
<input type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Reprovado	Visto do Secretário: _____
VOTAÇÃO: Primeiro Turno: _____ / _____ /2025		
<input type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Reprovado	Visto do Secretário: _____
VOTAÇÃO: Segundo Turno: _____ / _____ /2025		
<input type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Reprovado	Visto do Secretário: _____



**Requerimento nº 15 /2025**

Nos termos do Regimento Interno, conjugado com a Lei Orgânica do Município de Diamantino e ouvido Soberano Plenário, requeiro ao Poder Executivo as seguintes informações junto a empresa AME FAMÍLIA - CNPJ: 29.416.455/0001-74.

- a. Quais os critérios para atendimento? Que tipo de paciente é atendido pela equipe da Home Care? Quais os critérios de elegibilidade para que seja atendido?
- b. Como é feito o atendimento? Existe algum paciente que a equipe presta cuidado contínuo por mais de 12 horas?
- c. Quantos profissionais compõem a equipe? Quem compõe a equipe? Quais profissionais? Qual a carga horária de cada profissional? Como é o fluxo de trabalho?
- d. Quais os tipos de cuidados, tratamento é fornecido aos pacientes pela equipe no domicílio?
- e. O Home Care tem um médico responsável? Qual o nome do médico responsável? Qual a média de visitas do médico no domicílio?
- f. Relação de quantidade e nome com endereços completos dos pacientes e respectivas regulação.
- g. Relatório dos serviços prestados – mês a mês
- h. Qual o valor pago para a Home Care?



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO**  
**“Palácio Urbano Rodrigues Fontes”**

- i. Qual a justificativa para contratação de uma empresa de Home Care, sendo que não é responsabilidade do município, e sim do estado dispor dessa modalidade?
- j. Pensando nos indicadores de saúde a nível federal e regional. quantas visitas são realizadas diariamente? onde são registradas essas visitas, no sistema municipal GMUS? Ou sistema próprio da empresa de Home Care?
- k. Existe no quadro do município equipes, profissionais ou programa que possa realizar esse tipo de atendimento domiciliar?
- l. Enviar cópia do contrato social da empresa AME FAMÍLIA - CNPJ: 29.416.455/0001-74 e suas alterações.
- m. Enviar cópia das solicitações e laudo do médico para a prestação de serviço ao paciente.

**JUSTIFICATIVA**

Como agente político e fiscalizador, nos princípios legais do devido processo aos interesses dos munícipes, justifico garantir a transparência no setor público.

Plenário Ver. Juvenal B. Soares, 26 de março de 2025.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** AUGUSTO BORGES CASSETTA FERREIRA  
Data: 26/03/2025 15:18:46-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**Augusto Borges Casetta Ferreira**  
**Vereador – MDB**