



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

Ref: 15

CONTROLE DE PLENÁRIO

EXPEDIENTE: 31 / 03 /2025

Visto do Secretário: João Batista

PEDIDO DE VISTA      APROVADO EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2025

Visto do Secretário: \_\_\_\_\_

PEDIDO RETIRADA      APROVADO EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2025

Visto do Secretário: \_\_\_\_\_

PEDIDO DE (RE) INCLUSÃO NA PAUTA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Visto do Secretário: \_\_\_\_\_

DECISÃO PLENÁRIA

VOTAÇÃO: Único: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2025

Aprovado       Reprovado

Visto do Secretário: \_\_\_\_\_

VOTAÇÃO: Primeiro Turno: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2025

Aprovado       Reprovado

Visto do Secretário: \_\_\_\_\_

VOTAÇÃO: Segundo Turno: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2025

Aprovado       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 municípios, justifico garantir a transparência no setor público.

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

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

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