



# Câmara Municipal de Patrocínio

Estado de Minas Gerais

Protocolo: 0001433/2025

Data: 11/03/2025 13:22:27

Requerente: 000001416 - MARCOS REMIS DOS SANTOS FILHO

CPF: 067.099.626-28

Fone:

Endereço: RUA Jacob Marra, 803

## Documentos Solicitados

035139/018 - Geral: Requerimento

Para: PRESIDÊNCIA.

Assunto: REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO.

Assinatura Requerente

ISSQN/TAXA ANO: \_\_\_\_\_

ISSQN/TAXA DÍVIDA ATIVA: \_\_\_\_\_

SEÇÃO CONTAS CORRENTE: \_\_\_\_\_

SEÇÃO DÍVIDA ATIVA: \_\_\_\_\_

SEÇÃO DE IPTU: \_\_\_\_\_

Conforme cadastro encontra-se em nome de:

O lote nº \_\_\_\_\_ quadra \_\_\_\_\_ setor \_\_\_\_\_, medindo de frente \_\_\_\_\_

de fundo \_\_\_\_\_, pela esquerda \_\_\_\_\_, com área

de \_\_\_\_\_ m2, existe no mesmo \_\_\_\_\_ m2 de área construída.

**Após a análise, este requerimento deverá ser DEVOLVIDO  
ao Setor de Protocolo.**



**Excelentíssimo Senhor**

**Nikolas de Queiroz Elias**

Presidente da Câmara Municipal de Patrocínio-MG

Nos termos autorizados pelo artigo 16, §§2º, da Lei Orgânica Municipal, combinado com artigos 188, §1º, inciso X, e 232, do Regimento Interno, o Vereador que este subscreve, solicita que seja aprovado em Plenário e encaminhado pela Câmara Municipal ao Prefeito Municipal e à Secretária Municipal de Saúde, no prazo estabelecido em Lei, o presente requerimento, para que sejam prestadas **INFORMAÇÕES** detalhadas sobre a empresa inscrita no CNPJ nº 37.754.735/0001-10, que era credenciada para a prestação de serviços odontológicos e atendimento ambulatorial aos usuários do Sistema único de Saúde neste Município.

Desta forma, solicito que sejam fornecidos os seguintes dados:

1. **Quantidade de atendimentos realizados pela referida empresa**, especificando a periodicidade (mensal, anual ou diária), desde o início do contrato;
2. **Histórico de atendimentos**, discriminando a especialidade e o tipo de serviço prestado (odontológico ou médico ambulatorial);
3. **Relação nominal dos profissionais vinculados à empresa** que prestaram serviço no Município, incluindo suas respectivas especialidades e registros profissionais;
4. **Cópias dos relatórios de produção e atendimentos**, enviados pela empresa à Secretaria Municipal de Saúde, que comprovem a efetiva prestação dos serviços contratados;
5. **Critérios e exigências estabelecidos no contrato ou credenciamento** que regulamentam a prestação dos serviços e os indicadores de qualidade exigidos pelo Município;



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**PATROCÍNIO**  
ÉTICA E COMPROMISSO

6. **Fornecimento dos prontuários comprobatórios**, resguardando os dados pessoais dos pacientes, a fim de assegurar a veracidade dos atendimentos realizados;
7. **Histórico de pagamentos efetuados à empresa**, detalhando os valores pagos, período de referência, número de atendimentos correspondentes e a fonte de recursos utilizados.

Solicito que as informações sejam encaminhadas a esta Casa Legislativa dentro do prazo legal, a fim de garantir a transparência e fiscalização da correta aplicação dos recursos públicos na saúde municipal.

Aguardo retorno e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Patrocínio-MG, 11 de março de 2025.

*Marcos Remis dos Santos Filho*  
**MARCOS REMIS DOS SANTOS FILHO**

Vereador - DC