



CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPO VERDE
Praça dos Três Poderes, nº 01
Bairro Centro, Campo Verde – MT
CEP 78.840-000. Tel. (66) 3419-1310



REQUERIMENTO Nº04/2026

**AO EXCELENTÍSSIMO SENHOR
ALEXANDRE LOPES DE OLIVEIRA
PREFEITO MUNICIPAL DE CAMPO VERDE-MT**

EXCELENTÍSSIMO SENHOR,

Fundamentada nos termos do art. 189, parágrafo único e inciso V, do Regimento Interno desta Casa de Leis, bem como no inciso XIV do art. 56 da Lei Orgânica Municipal, a Vereadora que subscreve vem, respeitosamente, REQUERER ao Ilustríssimo Senhor Alexandre Lopes de Oliveira, Prefeito Municipal de Campo Verde – MT, o encaminhamento das seguintes informações e documentos relacionados à execução do programa de cirurgias denominado “Fila Zero” no Município:

1. Informar a data de início da execução do programa “Fila Zero” no Município de Campo Verde;
2. Informar a quantidade total de cirurgias realizadas pelo programa desde sua implantação até a presente data (2021 à 2026).
3. Encaminhar relatório detalhado contendo:
 - Quantidade de cirurgias realizadas por mês;
 - Tipos/especialidades das cirurgias realizadas;
 - Quantidade de pacientes atendidos;
 - Relação de procedimentos executados;
4. Informar os valores recebidos pelo Município a título de repasse estadual e/ou federal destinados ao programa “Fila Zero”, discriminando:
 - Datas dos repasses;
 - Valores recebidos;
 - Fonte do recurso;



CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPO VERDE
Praça dos Três Poderes, nº 01
Bairro Centro, Campo Verde – MT
CEP 78.840-000. Tel. (66) 3419-1310



- Número dos protocolos ou convênios vinculados;
5. Encaminhar relatório financeiro contendo:
 - Custo individual médio por cirurgia;
 - Valor total gasto mensalmente;
 - Valores pagos por procedimento;
 - Demonstrativo de despesas operacionais relacionadas ao programa;
 6. Encaminhar relatório contendo os pagamentos realizados aos profissionais envolvidos no programa, incluindo:
 - Médicos;
 - Equipes cirúrgicas;
 - Empresas terceirizadas;
 - Prestadores de serviço;
 - Demais profissionais vinculados às cirurgias do programa;
 7. Informar qual o sistema de controle utilizado para auditoria, conferência e validação dos procedimentos realizados no âmbito do programa;
 8. Informar se existe comissão de acompanhamento, fiscalização ou auditoria das cirurgias realizadas e dos recursos aplicados;
 9. Informar se os procedimentos realizados possuem vinculação individualizada com pacientes cadastrados em fila de espera do SUS municipal;
 10. Encaminhar cópia dos relatórios de prestação de contas já enviados ao Estado, União, Tribunal de Contas ou demais órgãos fiscalizadores referentes ao programa;
 11. Informar se houve glosa, apontamento, inconsistência ou questionamento técnico relacionado aos procedimentos executados ou aos valores recebidos pelo programa;
 12. Informar quais mecanismos de transparência e publicidade estão sendo adotados pelo Município para garantir controle social e fiscalização da aplicação dos recursos públicos destinados ao “Fila Zero”.



CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPO VERDE
Praça dos Três Poderes, nº 01
Bairro Centro, Campo Verde – MT
CEP 78.840-000. Tel. (66) 3419-1310



O presente requerimento possui fundamento no dever constitucional de fiscalização exercido pelo Poder Legislativo, especialmente quanto à correta aplicação de recursos públicos, transparência administrativa e eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde.

Ressalta-se que o acesso às informações solicitadas é essencial para análise técnica da execução do programa, inclusive quanto à compatibilidade entre os recursos recebidos, os procedimentos efetivamente realizados e os pagamentos efetuados, garantindo segurança jurídica, transparência e proteção ao erário público.

Requer-se que as informações sejam encaminhadas no prazo de até 15 (quinze) dias úteis, nos termos regimentais e legais aplicáveis.

Nestes termos, pede deferimento.

SALA DE SESSÕES
Em 11 de maio de 2026

Rosangela Aparecida Correia de Souza
Vereadora