



Câmara Municipal de Colatina
Palácio Justiniano de Mello e Silva Netto
Estado do Espírito Santo

INFORMAÇÕES BÁSICAS:

REQUERIMENTO	N.º /2026
INICIATIVA	VITOR SOARES LOUZADA
DESTINO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS

O Vereador, no uso de suas atribuições legais, submete à apreciação da Câmara Municipal de Colatina a seguinte proposição:

REQUERIMENTO: Ao Exmo Sr Raul Amicci, Secretário Municipal de Saúde de Colatina-ES.

→ **SOLICITANDO:**

Informações sobre as Equipes de Saúde da Família em fase de homologação.

O Vereador que este subscreve, no uso de suas atribuições legais e regimentais, com fundamento no artigo 31 da Constituição Federal, no artigo 37 da Constituição Federal, bem como na **Lei Federal nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação)**, **REQUER** que seja encaminhado expediente à **Secretaria Municipal de Saúde**, solicitando as seguintes informações referentes às **Equipes de Saúde da Família (ESF) que se encontram atualmente em fase de homologação** no âmbito do Município:

1. Relação completa das equipes em fase de homologação, informando:
 - Nome ou identificação da equipe;
 - Unidade de Saúde e local de lotação.
2. Relação nominal dos profissionais que compõem cada equipe, especificando:
 - Médico(a);
 - Enfermeiro(a);
 - Cirurgião-dentista;
 - Agentes Comunitários de Saúde;
 - Outros profissionais que integrem a equipe, se houver.

E-mail: secretaria@camaracolatina.es.gov.br

COLATINA-ES



CEP.: 29.700-920 TEL/FAX: 27.3722- 34444
Autenticar documento em <http://camaracolatina.nopapercloud.com.br/autenticidade>
com o identificador 330031003800360031003A005000, Documento assinado digitalmente conforme art.
4º, II da Lei 14.063/2020.



Câmara Municipal de Colatina
Palácio Justiniano de Mello e Silva Netto
Estado do Espírito Santo

3. Informar se, durante o período de homologação, houve **desistência, desligamento, exoneração ou substituição** de algum profissional integrante das equipes.
- Em caso positivo, detalhar:
 - Nome do profissional;
 - Função exercida;
 - Data da saída;
 - Motivo do desligamento.
4. Informar o **prazo médio de homologação** dessas equipes e se há previsão para conclusão do processo.
5. Esclarecer se alguma dessas equipes encontra-se **parcialmente incompleta** e, em caso afirmativo, quais providências estão sendo adotadas para recomposição do quadro.
6. Informar se as equipes em fase de homologação já estão realizando atendimentos à população ou se aguardam a conclusão do processo para início das atividades.

Requer-se que as informações sejam encaminhadas **por escrito**, de forma clara e dentro do prazo legal.

JUSTIFICATIVA

O presente requerimento tem por finalidade exercer a função fiscalizatória deste Poder Legislativo, garantindo a transparência dos atos administrativos e assegurando que a composição e a homologação das Equipes de Saúde da Família ocorram de forma regular, contínua e eficiente, evitando prejuízos à prestação dos serviços de saúde à população.

Nestes termos,
Pede deferimento.

**Sala das Sessões,
Em, 22 de Janeiro de 2026.**

**VITOR SOARES LOUZADA
Vereador – Autor**

E-mail: secretaria@camaracolatina.es.gov.br



Autenticar documento em <http://camaracolatina.nopapercloud.com.br/autenticidade>
com o identificador 330031003800360031003A005000, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.

CEP.: 29.700-920 TEL/FAX: 27.3722- 34444

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi assinado eletronicamente e pode ser acessado no endereço <http://camaracolatina.nopapercloud.com.br/autenticidade> utilizando o identificador 330031003800360031003A005000

Assinado eletronicamente por **Vitor Soares Louzada** em 22/01/2026 16:39

Checksum: **37477976241832C8CB9F840783739059C1F9128146E4C7F396E34917C1D7DF4E**

