



ESTADO DA PARAÍBA

**Câmara Municipal de São Sebastião de Lagoa de Roça**  
**"Casa José Rodrigues Coura"**

Rua José Rodrigues Coura, 64 - Centro/CEP 58.119-000 - Fone/fax: (83) 3387 1031 E-mail: cmsslr@terra.com.br

**CNPJ 24.225.625/0001-10**

<b>REQUERIMENTO</b>  <b>Nº 10/2017.</b>	Entrada na Secretaria  ____/____/____  _____ Secretário	DESPACHO  Aprovado na Sessão de Data ____/____/____  _____ Presidente  _____ 1º Secretário
	Adiado p/ próxima Sessão  Em ____/____/____  _____ Presidente	<b>Ementa:</b> solicita atendimento médico na Policlínica Municipal nos finais de semana.

**Senhor(a) Presidente:**

Requeiro a Vossa Excelência que , após ouvido o Plenário, o presente requerimento seja encaminhado ao Exmo. Sr. Prefeito Municipal solicitando atendimento médico na policlínica municipal nos finais de semana,, a fim de oferecer mais conforto e segurança aos nossos munícipes.

Diante do exposto, solicito aos Ilustres Pares que compõem a Edilidade Municipal a aprovação do presente requerimento.

Sala das Sessões, 25 de abril de 2017.

Fabio Santos Almeida  
Vereador