



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 - Tel/fax. (83) 3387 1031

CNPJ 24.225.625/0001-10

REQUERIMENTO Nº 14/2019.	Entrada na Secretaria ____/____/____ _____ Secretário	DESPACHO Aprovado na Sessão de Data ____/____/____ _____ Presidente _____ 1º Secretário
	Adiado p/ próxima Sessão Em ____/____/____ _____ Presidente	Ementa: Solicita atendimento médico na policlínica municipal nos finais de semana.

Senhor(a) Presidente:

O vereador abaixo subscrito, requer na forma regimental, 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.

É do conhecimento dos membros desta Casa Legislativa, que o objetivo do presente requerimento represente uma antiga reivindicação da nossa população, que fica desassistida de cuidados médicos nos finais de semana.

Diante do exposto, solicito aos dignos pares que compõem o Poder Legislativo Municipal a aprovação do presente requerimento.

Sala das Sessões, 09 de abril de 2019.

Fabio Santos Almeida
Vereador