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 27/2025	Entrada na Secretaria _____/_____/_____ _____ Secretário	DESPACHO Aprovado na Sessão de Data ____/____/____ _____ Presidente _____ 1º Secretário .
	Adiado p/ próxima Sessão Em _____/_____/_____ _____ Presidente	**Ementa**: Solicita a implantação de um centro de atendimento e apoio multidisciplinar e Interdisciplinar para os portadores de síndromes neurodivergentes, nesta cidade.

Senhor(a) Presidente:

Requeiro a Vossa Excelência, na forma regimental e após ouvido o Plenário, que o presente Requerimento seja encaminhado ao Chefe do Poder Executivo Municipal, solicitando a implantação de um centro de atendimento e apoio multidisciplinar e interdisciplinar para os portadores de síndromes neurodivergentes, nesta cidade, destinado ao atendimento de crianças , jovens e adultos residentes neste município.

Diante do exposto, solicito a aprovação do presente requerimento.

Sala das Sessões, 25 de fevereiro de 2025.

Vanessa Silva de Andrade Felix
Vereadora