



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 05/2016.	Entrada na Secretaria ____/____/____ <hr/>	DESPACHO Aprovado na Sessão de Data ____/____/____ _____ Presidente
	Secretário	_____ 1º Secretário
	Adiado p/ próxima Sessão Em ____/____/____ <hr/>	Ementa: solicita atendimento médico, nos finais de semana, na Policlínica Municipal.
	Presidente	

Senhor(a) Presidente:

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

Diante do exposto, solicito aos Ilustres Pares que compõem o Poder Legislativo local a aprovação da presente propositura.

Sala das Sessões, 15 de março de 2016.

Fabio Santos Almeida
Vereador