



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**

<b>REQUERIMENTO</b>  <b>Nº 14/2019.</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:**

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