



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	Entrada na Secretaria ____/____/____ _____ Secretário	DESPACHO  Aprovado na Sessão de Data ____/____/____ _____ Presidente  _____ 1º Secretário
	Adiado p/ próxima Sessão Em ____/____/____ _____ Presidente	<b>Ementa:</b> Solicita providências que visam otimizar o atendimento pediátrico na policlínica municipal..

### Senhor(a) Presidente:

Requeiro a Vossa Excelência, na forma regimental e após ouvido o Plenário, que o presente Requerimento seja encaminhado ao Exmo. Sr. Prefeito Municipal, solicitando providências que visem otimizar o atendimento pediátrico na policlínica municipal, a fim de oferecer igualdade de oportunidade aos moradores das zonas urbana e rural, deste município.

Levo ao conhecimento dos dignos representantes do Poder Legislativo local que é crescente a reclamação por parte dos munícipes que residem na zona rural e procuram os serviços de pediatria na policlínica municipal. Os mesmos reclamam que os moradores da zona urbana levam vantagem no referido atendimento, visto que podem chegar mais cedo e desta forma receber as fichas de atendimento.

Ante o exposto, os moradores da zona rural cobram providencias que equilibrem as oportunidades de atendimento para todos, levando em consideração as dificuldades enfrentadas por parte daqueles que residem na zona rural e que precisam percorrer grandes distâncias para se dirigirem a Policlínica Municipal. Tais providências poderiam ser implementadas através de um pré-agendamento, feito através dos agentes de saúde; ou o atendimento em dias separados, para moradores da zona urbana e rural; bem como a criação de estratégias que garantam o atendimento nos casos de urgências, independentemente do paciente residir na zona urbana ou rural.



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	Entrada na Secretaria ____/____/____ _____ Secretário	DESPACHO  Aprovado na Sessão de Data ____/____/____ _____ Presidente
	Adiado p/ próxima Sessão Em ____/____/____ _____ Presidente	_____ 1º Secretário  <b>Ementa:</b> Solicita providências que visam otimizar o atendimento pediátrico na policlínica municipal..

### Senhor(a) Presidente:

Diante do exposto, solicito a aprovação do presente requerimento.

Sala das Sessões, 09 de abril de 2024.

Washington Gonçalves de Queiroz  
Vereador