



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	Ementa: 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 Ementa: 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