



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 86 /2025	Entrada na Secretaria ____ / ____ / ____ _____ Secretário	DESPACHO Aprovado na Sessão de Data ____ / ____ / ____ _____ Presidente _____ 1º Secretário
	Adiado p/ próxima Sessão Em ____ / ____ / ____ _____ Presidente	Ementa: Solicita a ampliação do horário de atendimento da policlínica municipal para 12 horas diárias

Senhor(a) Presidente:

Requeiro na forma regimental que, após ouvido o plenário, o presente requerimento seja encaminhado ao Exmo. Sr. Prefeito Municipal, solicitando a ampliação do horário de atendimento da policlínica municipal para 12 horas diárias, com previsão de, posteriormente, ampliar o atendimento para 24 horas por dia, com a finalidade de melhor assistir os moradores da nossa comunidade.

Diante do exposto, solicito aos ilustre pares que compõem a Edilidade Municipal, a aprovação do presente requerimento.

Sala das Sessões, 26 de agosto de 2025.

Paula da Costa Silva
Vereador