



**Câmara Municipal de Doutor Ulysses**  
**Estado do Paraná**



**Gabinete da Vereadora**  
**CLERI FERREIRA LINS RIBEIRO**


## **REQUERIMENTO Nº 073/2025**

A Vereadora infra-assinado, no uso de suas atribuições legais requer à Mesa, que após deliberação e aprovação do Plenário, que o mesmo seja encaminhado ao chefe do Poder Executivo Municipal, para que tome as devidas providências no sentido de proceder com o que se pede abaixo:


**SOLICITO ATENDIMENTO MÉDICO, DUAS VEZES NA SEMANA NA UNIDADE DE SAÚDE JOANA BEATRIZ SOUZA ROSA**

**JUSTIFICATIVA:** a solicitação se prende ao fato de haver demanda para o atendimento, uma vez que vários bairros são atendidos aqui.

Câmara Municipal de Doutor Ulysses, em 25 de fevereiro de 2025.

Protocolo Nº <u>339</u>
Recebido em: <u>25/02/25</u>
à _____ : _____ hs

Câmara Mun. de Doutor Ulysses-PR

  
**CLERI FERREIRA LINS RIBEIRO**  
**Vereadora**

<b>APROVADO</b>
EM <u>25/02/25</u>

Câmara Mun. de Doutor Ulysses-PR

**Câmara Municipal de Doutor Ulysses – Paraná**

**Rua João Gabriel de Oliveira, nº - Centro – CEP: 83.590-000 - Fone: (041) 3664-1113**