



Validador



REQUERIMENTO

Requerimento n.º 005/2025

Sidrolândia/MS, 11 de setembro de 2025

À Senhora

VANESSA ROSA PRADO

Secretária Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Sidrolândia

Assunto: Solicitação de Informações

Cumprimentando-o cordialmente, por meio deste requerimento, solicitamos ao Vosso Senhor que nos forneça as seguintes informações:

- **Lista com os Servidores que exercem função de Agente Comunitário de Saúde;**
- **Qual o critério definido para o pagamento da Penosidade?**

O pedido se fundamenta na função fiscalizadora do Poder Legislativo, visando obter maior transparência e controle sobre os atos administrativos praticados no Município.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais. **PRAZO DE RESPOSTA: 10 DIAS**

Atenciosamente,

 **LÊ DA OBRAS**
VEREADOR

Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)
Hash SHA256 do original: 2bbc676fa69c959bb4bdd70495209253c7abd775d01434b18d884d6c08d19d6f
Link de validação: <https://valida.ae/aa9046640dc085dff4a6e6c45a857f68ab6887b143fceedc?sv>

