Rua Maria Calado, s/n | Centro |
Beberibe/CE
CEP.: 62.840-000
Fone/Fax: (85) 3338.1022 / 3338.1045
CNPJ n. 73.525.198/0001-09
E-Mail: contato@cmbeberibe.ce.gov.br

REQUERIMENTO N. 0458/2019

Requer o envio de um Agente de Saúde, bem como um Assistente Social (Plano Bolsa Família), para a Localidade do Bom Jardim, na forma que indica.

EXMO. SR. PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE BEBERIBE:

O Vereador abaixo assinado no uso de suas atribuições legais e na forma regimental, depois de consultado seus pares, vem mui respeitosamente à presença de V.Exa., com a finalidade específica de requerer o envio de expediente ao Sr. Prefeito Municipal de Beberibe, **Sr. Pedro da Cunha**, solicitando o envio de um Agente de Saúde, bem como um Assistente Social (Plano Bolsa Família), para a Localidade do Bom Jardim, na forma que indica.

Justifica-se o presente requerimento tendo em vista a necessidade dos serviços desses profissionais pela referida comunidade.

SALA DAS SESSÕES LEGISLATIVAS DA CÂMARA MUNICIPAL DE BEBERIBE, EM 03 DE OUTUBRO DE 2019.

JOÃO BARBOSA DA CRUZ (Bosco da Ótica)
Vereador de Beberibe