



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**MARECHAL  
FLORIANO**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>1001/2022</b>	<b>499/2022</b>	<b>06/09/2022 14:28:34</b>	<b>06/09/2022 14:10:45</b>

Tipo Número

**REQUERIMENTO** **87/2022**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. RENATO LUIZ VELOSO WERNECK**

Ementa:

REQUER INFORMAÇÕES ACERCA DO MOTIVO PELO QUAL SE PROCEDEU COM A PARALIZAÇÃO DAS REUNIÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR QUE ACONTECIA NO CENTRO DE SAÚDE ARY RIBEIRO DA SILVA, EM PACIENTES DO MUNICÍPIO QUE DESEJAM REALIZAR PROCEDIMENTOS COMO A VASECTOMIA. REQUER AINDA INFORMAÇÕES SOBRE A QUANTIDADE DE PESSOAS QUE ENCONTRAM-SE NA FILA DE ESPERA PARA REALIZAR ESTE PROCEDIMENTO. Posto isto, espero poder contar com o apoio e a compreensão desse conceituado Órgão, no sentido de atender o que segue.



Autenticar documento em /autenticidade  
com o identificador 3800320034003A004300, Documento assinado digitalmente conforme  
MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP -  
Brasil.





Autenticar documento em /autenticidade  
com o identificador 3800320034003A004300, Documento assinado digitalmente conforme  
MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP -  
Brasil.

