



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTA LUZIA**  
PODER LEGISLATIVO

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>793/2023</b>	<b>794/2023</b>	<b>04/05/2023 16:19:24</b>	<b>04/05/2023 11:26:07</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**42/2023**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**LUIZA DO HOSPITAL**

Ementa:

Requeiro ao Senhor Prefeito que disponibilize informações e esclarecimentos sobre a oferta de serviços de saúde prestados pelo Município, em especial no que se refere à ausência de médicos, especialistas, medicamentos e equipamentos, bem como ao elevado tempo de espera para atendimento nos prontos atendimentos e à falta de medicamentos em postos de saúde.

