

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE LINHARES/ES**

**INDICAÇÃO Nº: 657/2024**  
LINHARES -ES 19 de janeiro de 2024.

**ALYSSON F. G. REIS**, Vereador com cátedra neste palácio legislativo, vem por meio deste respeitosamente perante vossa Excelência, apresentar a seguinte indicação:

## **INDICAÇÃO**

**ENVIO DE PROFISSIONAIS PARA ATUAR NAS ÁREAS DE FARMÁCIA DENTISTA E ENFERMAGEM), PARA ATUAR EM TEMPO INTEGRAL PARA USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO RESIDENCIAL RIO DOCE - LINHARES ES**

Alicerçado no Art. 125, inciso II do Regimento Interno, movida por extrema necessidade e oriunda de astronômico clamor popular.



## JUSTIFICATIVA

Chegou ao conhecimento deste Edil, inúmeras reclamações realizadas pelos moradores na localidade do **RESIDÊNCIAL RIO DOCE**, preocupados com a saúde pública e o atendimento à comunidade, denunciaram a falta de alguns profissionais na área da saúde e pedem que esse nobre edil através de seu gabinete elabore um pedido através de uma **INDICAÇÃO DE ENVIO DE PROFISSIONAIS PARA ATUAR NAS ÁREAS DE FARMÁCIA DENTISTA E ENFERMAGEM, PARA ATUAR EM TEMPO INTEGRAL PARA USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO RESIDENCIAL RIO DOCE - LINHARES ES.** sendo imperiosa a necessidade de que o Poder Executivo Municipal venha tomar uma providência imediata.

A comunidade **PEDE UMA ATENÇÃO ESPECIAL**, por atender a muitos munícipes, sendo uma USF – Unidade de Saúde da Família, instalada no bairro, mui importante, haja vista que, a localidade é carente onde há menores impúberes, idosos, grávidas etc.

Destarte, o pedido deste simplório edil não se pauta em argumentos meramente retóricos, mas pautado na realidade fática, recebida pelos moradores e sendo comprovada in loco, em visitação à comunidade. é condição *sine qua non* para o bom, célere e eficaz atendimento aos moradores do bairro Residencial Rio Doce.

Diante do exposto, solicito ao **Executivo Municipal** que, por meio dos órgãos competentes, realize:

Desta forma solicitamos que essa respeitável casa que **NOTIFIQUE a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**

Nestes termos,

solicito vosso deferimento, honorífico presidente.



# PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi assinado eletronicamente e pode ser acessado no endereço <https://linhares.nopapercloud.com.br/autenticidade> utilizando o identificador 3200380031003700390034003A005000

Assinado eletronicamente por **Alysson Reis** em 24/01/2024 09:49

Checksum: **E35AEA425752ED2E08BC13CA98C84DF8D88BFC79CD14322AFD5BED1348B406DF**



---

Autenticar documento em <https://linhares.nopapercloud.com.br/autenticidade> com o identificador 3200380031003700390034003A005000, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.