



# CÂMARA MUNICIPAL

BAIXO GUANDU - ESPÍRITO SANTO

## PEDIDO DE INDICAÇÃO

**INDICAÇÃO** ao Hospital Dr João dos Santos Neves

**Autor:** Dr. Eliseu Siqueira

Exmo. Senhor Presidente e Membros da Mesa Diretora do Poder Legislativo Municipal de Baixo Guandu/ES.

O Vereador que este subscreve, com fulcro no art. 114, da Resolução nº, 016/90, (Regimento Interno), a **INDICAÇÃO** ao Hospital Dr João dos Santos Neves informações sobre a atual das cirurgias e exames oftalmológicos realizados no hospital.

### JUSTIFICATIVA

Que sejam prestadas informações detalhadas sobre a atual situação das cirurgias eletivas e dos exames oftalmológicos realizados por essa unidade hospitalar, contemplando os seguintes:

- 1 - Relação dos tipos de cirurgias oftalmológicas oferecidas atualmente;
- 2 - Numero de pacientes na fila de espera;
- 3 - Exames e cirurgias disponíveis.

A presente solicitação visa prestar esclarecimentos a população que busca atendimento nessa especialidade e garantir acesso aos serviços públicos da área oftalmológica.

Certo de contar com a costumeira atenção de Vossa Senhoria, desde já agradecemos a colaboração.

Câmara Municipal de Baixo Guandu/ES, "Plenário Monsenhor Alonso Leite", aos 16 de julho de 2025.

**Dr. Eliseu Siqueira**





# **CÂMARA MUNICIPAL**

**BAIXO GUANDU - ESPÍRITO SANTO**

**Vereador autor**



# PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi assinado eletronicamente e pode ser acessado no endereço <https://baixoguandu.camarasempapel.com.br/autenticidade> utilizando o identificador 310037003300370033003A005000

Assinado eletronicamente por **Eliseu Siqueira Lima** em 17/07/2025 10:06

Checksum: **879B13F6623DA4D451341046290B37B33608BC839F50C0FC20D389207ECFA0FE**

