



| | | |
|---------------------------|--|---------------------------|
| Número do Processo | 9427/2023 | WWW.MOZARLANDIA.GO.GOV.BR |
| Órgão de Origem | PREFEITURA MUNICIPAL DE MOZARLANDIA | |
| Departamento de Origem | PROTOCOLO | |
| Interessado | MARIA CRISTINA NEVES DE SOUZA FERNANDES | |
| Assunto | OFICIO | |
| Data/Hora | 02/05/2023 09:15 | |
| Nr. Doc | | |
| Valor | R\$ 0,00 | |
| Processo Agrupador | | |
| Descrição | solicito conforme o pedido do oficio nº21/2023 em anexo | |

Resp. Autuação **LUANNA DOS SANTOS OLIVEIRA**

Endereço **RUA EDUARDO CAMPANHA**
Complemento
Bairro **CENTRO**
Cidade **MOZARLÂNDIA** Estado **GOIÁS**
Telefones **(99) 9947-6652**

Nestes termos, pede deferimento

MUNICÍPIO DE MOZARLÂNDIA - ESTADO DE GOIÁS 02/05/2023 09:15

MARIA CRISTINA NEVES DE SOUZA FERNANDES



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MOZARLÂNDIA

Mozarlândia; 28 de abril de 2023

Ofício CMS N°21/2023

Ilma. Sr.^a Ana Cristina Borges Romão
Secretária de Saúde

A par de cumprimentá-la, sirvo-me do presente, para solicitar o resultado do Seletivo especificando a lotação de cada Servidor Público.

Certa de poder contar com a colaboração de vossa senhoria, aproveito o ensejo para renovar meus votos de estima e consideração.

Att;

**Maria Cristina Neves de
Souza Fernandes**
Presidente do Conselho
Municipal de Saúde

Maria Cristina Neves de Souza Fernandes
Presidente do CMS

E-mail: conselhodesaude.mozar@gmail.com
facebook: [cmsmozarlandiasaude](https://www.facebook.com/cmsmozarlandiasaude)

