INDICAÇÃO Nº\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

A Vereadora que a presente subscreve, depois de observar as normas regimentais, indica ao Excelentíssimo Senhor Chefe do Poder Executivo Municipal a **ampliação do atendimento neuro pediátrico para pacientes com TEA.**

**Justificativa:** A ampliação do atendimento neuro pediátrico para pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma medida indispensável para atender à crescente necessidade de serviços especializados. Crianças com TEA demandam acompanhamento contínuo para o desenvolvimento de habilidades sociais, de comunicação e comportamentais. Essa iniciativa permitirá a implementação de terapias mais avançadas e a capacitação de profissionais, garantindo um diagnóstico precoce e intervenções personalizadas que promovam o progresso no desenvolvimento global das crianças. Além disso, contribuirá para apoiar as famílias com orientações e recursos adequados.

Sala das Sessões, \_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

**Manu Rezende**

Vereadora-autora