



**PROGRAMA
DE METAS
2025 / 2028**

**PLANO
PLURI
ANUAL**



**PLANO DE AÇÃO DAS
SUBPREFEITURAS**

Formulário de Proposta Coletiva

Evento/Subprefeitura e data: _____, ____/____/____

1) Área temática

Saúde

2) Proposta/Sugestão (se necessário, fazer uso do verso da página)

*UBA Vila gilda (Ingrid)
CAPS INFANTIL (GD ANGELA) KLEBER BARBOSA / ROBERTA C.P. DE SOUZA
UBS PARANANETTE (EXPANÇÃO DA UNIDADE) ROBERTA C.
CER III Ingrid*

Período de execução*:

1 ano



4 anos



*Se você marcar 1 ano a proposta será direcionada ao Orçamento Cidadão; se você marcar 4 anos a proposta será direcionada ao PdM, PPA e PAS. A marcação é meramente indicativa e poderá ser alterada durante a análise da proposta, caso necessário.

3) Autores da proposta/sugestão (se necessário, fazer uso do verso da página)