



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>1988/2023</b>	<b>2122/2023</b>	<b>04/04/2023 12:38:36</b>	<b>04/04/2023 12:25:53</b>

Tipo

**MOÇÃO**

Número

**14/2023**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. DR. MARCOS PINCHIARI**

Ementa:

**MOÇÃO DE APOIO** ao ofício encaminhado pelo CROSP ao Grupo Técnico de Saúde do Governo Federal.

