



## CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>5381/2024</b>	<b>5725/2024</b>	<b>17/09/2024 09:15:46</b>	<b>17/09/2024 09:15:46</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**331/2024**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. LUIZ ALBERTO**

Ementa:

REQUERIMENTO ao Secretário de Saúde solicitando informações sobre a falta de medicamento na Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Hospital Estadual Mario Covas.

