



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>5673/2022</b>	<b>6072/2022</b>	<b>30/08/2022 12:58:31</b>	<b>30/08/2022 12:58:05</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**486/2022**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. CARLOS FERREIRA**

Ementa:

REQUERIMENTO para que seja enviado ofício à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, solicitando explicações sobre a falta de médico ortopedista no Hospital Estadual Mário Covas, localizado na Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321, Bairro Paraíso, Santo André.

