



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

| N.º do Processo  | Nº do Protocolo  | Data do Protocolo          | Data de Elaboração         |
|------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>2393/2022</b> | <b>2570/2022</b> | <b>12/04/2022 13:58:10</b> | <b>12/04/2022 13:55:12</b> |

Tipo

**REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES  
(ART. 58)**

Número

**147/2022**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. ZEZÃO**

Ementa:

REQUERIMENTO ao Senhor Prefeito solicitando informações a respeito das unidades de saúde do município.

