



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>2334/2026</b>	<b>2457/2026</b>	<b>07/04/2026 11:11:43</b>	<b>07/04/2026 10:49:46</b>

Tipo

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

Número

**192/2026**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. DR. MARCOS PINCHIARI**

Ementa:

Requerimento visando solicitar informações detalhadas da Secretária Municipal de Saúde acerca dos scanners odontológicos disponíveis na rede pública de saúde do município.

