



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>3530/2022</b>	<b>3761/2022</b>	<b>24/05/2022 13:26:07</b>	<b>24/05/2022 13:22:35</b>

Tipo

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

Número

**230/2022**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. WAGNER LIMA**

Ementa:

REQUERIMENTO ao Senhor Prefeito Municipal solicitando informações referentes às consultas médicas na Faculdade de Medicina do ABC.

