



## CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>383/2026</b>	<b>418/2026</b>	<b>09/02/2026 10:49:06</b>	<b>09/02/2026 09:52:05</b>

Tipo

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

Número

**26/2026**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. WAGNER LIMA**

Ementa:

REQUERIMENTO ao Senhor Prefeito Municipal solicitando-lhe informações sobre a reforma no CEO - Centro de Especialidades Odontológicas, em Santa Terezinha, localizado na Alameda Vieira de Carvalho, 170.



Autenticar documento em <https://camarasempapel.cmsandre.sp.gov.br/autenticidade>  
com o identificador 3100380034003800310037003A004300, Documento assinado digitalmente conforme  
MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.