



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>4370/2024</b>	<b>4655/2024</b>	<b>06/08/2024 11:46:39</b>	<b>06/08/2024 11:40:07</b>

Tipo

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

Número

**270/2024**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. MARCIO COLOMBO**

Ementa:

REQUERIMENTO ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal, solicitando-lhe informações referentes ao funcionamento da Centro Médico de Especialidades Xavier de Toledo.

