



## CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ

| N.º do Processo | Nº do Protocolo | Data do Protocolo          | Data de Elaboração         |
|-----------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>384/2026</b> | <b>419/2026</b> | <b>09/02/2026 10:49:35</b> | <b>09/02/2026 09:54:04</b> |

Tipo Número

**REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES  
(ART. 58)** **27/2026**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. WAGNER LIMA**

Ementa:

REQUERIMENTO ao Senhor Prefeito Municipal solicitando-lhe informações sobre laboratórios prestadores de serviço responsáveis pela confecção de próteses para o CEO ( Centro de Especialidades Odontológicas ) no município de Santo André.



Autenticar documento em <https://camarasempapel.cmsandre.sp.gov.br/autenticidade>  
com o identificador 3100380034003800310039003A004300, Documento assinado digitalmente conforme  
MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.