



## CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ

|                  |                  |                            |                            |
|------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|
| N.º do Processo  | Nº do Protocolo  | Data do Protocolo          | Data de Elaboração         |
| <b>5486/2025</b> | <b>5818/2025</b> | <b>11/08/2025 16:29:38</b> | <b>11/08/2025 16:26:05</b> |

Tipo

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

Número

**339/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. TIAGO NOGUEIRA**

Ementa:

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES ao Senhor Prefeito Municipal, solicitando informações sobre a interrupção no fornecimento de dieta enteral a pacientes que passaram por gastrostomia.



Autenticar documento em <https://camarasempapel.cmsandre.sp.gov.br/autenticidade> com o identificador 3100370030003000330038003A004300, Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.