



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>5968/2025</b>	<b>6323/2025</b>	<b>25/08/2025 16:50:45</b>	<b>25/08/2025 16:46:59</b>

Tipo

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

Número

**368/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. CLÓVIS GIRARDI**

Ementa:

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES acerca do serviço de infusão de medicamentos na rede municipal de saúde.

