



CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
6491/2025	6868/2025	09/09/2025 11:23:49	09/09/2025 11:18:04

Tipo

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

Número

401/2025

Principal/Acessório

Principal

Autoria:

VER. DR. MARCOS PINCHIARI

Ementa:

Solicita informações ao Sr. Prefeito Municipal a cerca de numero de atendimentos e demais atividades do TEAcolhe – Centro de Referencia em Transtorno do Espectro Autista.



Autenticar documento em <https://camarasempapel.cmsandre.sp.gov.br/autenticidade> com o identificador 3100370032003700300038003A004300, Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.