



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>6584/2022</b>	<b>7050/2022</b>	<b>04/10/2022 12:40:05</b>	<b>04/10/2022 12:24:55</b>

Tipo

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

Número

**454/2022**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. VAVÁ DA CHURRASCARIA**

Ementa:

REQUERIMENTO ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal, solicitando informações acerca do funcionamento dos elevadores do Centro Hospitalar Municipal de Santo André (CHMSA).

