



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

N.º do Processo  
**903/2020**

Nº do Protocolo  
**965/2020**

Data do Protocolo  
**27/02/2020 13:57:13**

Data de Elaboração  
**27/02/2020 13:45:58**

Tipo

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

Número

**48/2020**

Principal/Acessório  
**Principal**

Autoria:

**VER. EDUARDO LEITE**

Ementa:

REQUERIMENTO ao Senhor Prefeito Municipal solicitando informações referentes à presença do profissional Médico Neuropediatra na rede pública municipal de saúde.

