



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

| N.º do Processo  | Nº do Protocolo  | Data do Protocolo          | Data de Elaboração         |
|------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>8725/2023</b> | <b>9401/2023</b> | <b>05/12/2023 11:46:36</b> | <b>05/12/2023 11:44:15</b> |

Tipo

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

Número

**605/2023**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. RENATINHO DO CONSELHO**

Ementa:

REQUERIMENTO ao Senhor Prefeito Municipal de Santo André, solicitando informações sobre o funcionamento do Centro Médico de Especialidades Atrium, na Vila Homero Thon.

