



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>3270/2025</b>	<b>3427/2025</b>	<b>06/05/2025 12:44:32</b>	<b>06/05/2025 12:40:58</b>

Tipo

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

Número

**187/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. RENATINHO**

Ementa:

REQUERIMENTO ao Senhor Prefeito Municipal, solicitando informações sobre a implantação do Cross (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde) regional.

