



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

| N.º do Processo  | Nº do Protocolo  | Data do Protocolo          | Data de Elaboração         |
|------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>4366/2026</b> | <b>4581/2026</b> | <b>09/06/2026 09:34:17</b> | <b>09/06/2026 09:31:14</b> |

Tipo

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

Número

**367/2026**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. DENIS GAMBÁ**

Ementa:

REQUERIMENTO à MESA para que seja encaminhado Ofício ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal, nos termos do art. 58 da LOM, solicitando INFORMAÇÕES acerca da oferta de próteses dentárias pela rede municipal de saúde de Santo André.

