



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>4396/2026</b>	<b>4611/2026</b>	<b>09/06/2026 12:44:23</b>	<b>09/06/2026 11:23:13</b>

Tipo

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

Número

**369/2026**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. DR. MARCELO CHEHADE**

Ementa:

REQUERIMENTO à Prefeitura de Municipal de Santo André, especificamente à Secretaria de Saúde, informações acerca do funcionamento do SAD ( Serviço de Atenção Domiciliar), antigo PID.

