



CÂMARA MUNICIPAL DE
SANTO ANDRÉ

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
6413/2022	6868/2022	27/09/2022 12:02:14	27/09/2022 12:02:14

Tipo

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

Número

440/2022

Principal/Acessório

Principal

Autoria:

VER. DR. WILSON PONCE

Ementa:

REQUERIMENTO ao Senhor Prefeito Municipal de Santo André, solicitar informações à Secretaria de Saúde do Município sobre os Centros de Reabilitação Municipais.

