



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>317/2025</b>	<b>359/2025</b>	<b>03/02/2025 16:51:48</b>	<b>03/02/2025 16:43:06</b>

Tipo

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

Número

**6/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**VER. RENATINHO**

Ementa:

REQUERIMENTO ao Senhor Prefeito Municipal de Santo André, solicitando informações acerca da distribuição de fraldas geriátricas na rede municipal de saúde.

