



# CÂMARA MUNICIPAL DE LINHARES

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
609/2024	737/2024	29/01/2024 09:03:30	29/01/2024 09:03:29

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**150/2024**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**ALYSSON REIS**

Ementa:

Requerimento seja encaminhado Ofício a Secretaria de Saúde do Munic. de Linhares.

