



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**CONCEIÇÃO DO CASTELO**  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

N.º do Processo  
**7841/2021**

Nº do Protocolo  
**239/2021**

Data do Protocolo  
**23/03/2021 13:14:30**

Data de Elaboração  
**23/03/2021 13:14:30**

Tipo  
**INDICAÇÃO**

Número  
**1/2021**

Principal/Acessório  
**Principal**

Autoria:

**SAULO MARETO**

Ementa:

Indica ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado do Espírito Santo a instalação de um CENTRO REGIONAL DE HEMODIÁLISE no Hospital do Município de Venda Nova do Imigrante.