



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

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>8964/2023</b>	<b>389/2023</b>	<b>11/07/2023 08:17:05</b>	<b>11/07/2023 08:17:05</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**10/2023**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**ROBSON DESTEFFANI**

Ementa:

Requer informações e documentos da Secretaria Municipal de Saúde.

