



**CÂMARA MUNICIPAL DA SERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>884/2023</b>	<b>940/2023</b>	<b>24/02/2023 15:57:31</b>	<b>24/02/2023 15:21:59</b>

Tipo

**PEDIDO DE INFORMAÇÃO**

Número

**32/2023**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**PROF. ARTUR**

Ementa:

Pedido de Informação referente aos nomes das equipes que fazem atendimento pelo contrato de remoção de pacientes.



Autenticar documento em <http://serra.camarasempapel.com.br/spl/autenticidade> com o identificador 330031003000380036003A004300, Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP - Brasil.

