



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

| N.º do Processo | Nº do Protocolo | Data do Protocolo          | Data de Elaboração         |
|-----------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>887/2023</b> | <b>943/2023</b> | <b>24/02/2023 15:59:08</b> | <b>24/02/2023 15:22:03</b> |

Tipo

**PEDIDO DE INFORMAÇÃO**

Número

**35/2023**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**PROF. ARTUR**

Ementa:

Pedido de Informação referente ao valor total do contrato do serviço de remoção de pacientes.



Autenticar documento em <http://serra.camarasempapel.com.br/spl/autenticidade> com o identificador 330031003000380039003A004300, Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP - Brasil.

