



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

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>2092/2024</b>	<b>2488/2024</b>	<b>16/10/2024 13:44:39</b>	<b>16/10/2024 13:22:59</b>

Tipo

**PEDIDO DE INFORMAÇÃO**

Número

**59/2024**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**PAULINHO DO CHURRASQUINHO**

Ementa:

REQUEIRO NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS, INFORMAÇÕES REFERENTES AO PAGAMENTO DE INSALUBRIDADE AOS PROFISSIONAIS LOTADOS NOS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS QUE MANUSEIAM APARELHO DE RAIOS-X.



Autenticar documento em <https://serra.camarasempapel.com.br/autenticidade> com o identificador 330039003100380035003A004300, Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

