



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

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>151/2025</b>	<b>173/2025</b>	<b>27/01/2025 17:24:27</b>	<b>27/01/2025 16:00:47</b>

Tipo

**PEDIDO DE INFORMAÇÃO**

Número

**7/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**PASTOR DINHO SOUZA**

Ementa:

Solicito informações quanto ao Ambulatório Municipal de Pessoas Trans e a população LGBTQI+ que funciona dentro da unidade de saúde de Boa Vista.



Autenticar documento em <https://serra.camarasempapel.com.br/autenticidade> com o identificador 330039003800320032003A004300, Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

