



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

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>152/2025</b>	<b>174/2025</b>	<b>27/01/2025 17:24:52</b>	<b>27/01/2025 16:00:50</b>

Tipo

**PEDIDO DE INFORMAÇÃO**

Número

**8/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**PASTOR DINHO SOUZA**

Ementa:

Solicito informações quanto as Unidades de Pronto atendimento, Unidades básicas de saúde e Unidades Regionais que estão funcionando atualmente no município.



Autenticar documento em <https://serra.camarasempapel.com.br/autenticidade> com o identificador 330039003800320033003A004300, Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

