



**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>2098/2023</b>	<b>22/05/2023 17:05:06</b>	<b>22/05/2023 16:43:25</b>

Tipo

**RESPOSTA DE PEDIDO DE  
INFORMAÇÃO**

Número

**35/2023**

Principal/Acessório

**Acessório**

Autoria:

**PODER EXECUTIVO MUNICIPAL.**

Ementa:

Resposta ao Requerimento nº 32/2023 – Informações sobre os nomes das equipes que fazem atendimento pelo contrato de remoção de pacientes no Município da Serra.



Autenticar documento em <http://serra.camarasempapel.com.br/autenticidade>  
com o identificador 330032003600340039003A004300, Documento assinado digitalmente  
conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira  
- ICP-Brasil.

