



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

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>1129/2020</b>	<b>1158/2020</b>	<b>26/08/2020 16:36:33</b>	<b>26/08/2020 16:36:33</b>

Tipo  
**REQUERIMENTO VOTO DE PESAR**

Número  
**22/2020**

Principal/Acessório  
**Principal**

Autoria:

**GUTO LORENZONI**

Ementa:

Requer voto de pesar pelo falecimento do Sr. Abílio Palassi.