



**CÂMARA MUNICIPAL DE CAÇAPAVA**  
CIDADE SIMPATIA  
ESTADO DE SÃO PAULO

| N.º do Processo | Nº do Protocolo | Data do Protocolo          | Data de Elaboração         |
|-----------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>88/2025</b>  | <b>88/2025</b>  | <b>04/02/2025 10:24:34</b> | <b>03/02/2025 17:26:48</b> |

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**12/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**ROSELI DOS SANTOS BUENO**

Ementa:

Requer informações sobre o atendimento de pacientes na área de ortopedia realizados pela Secretaria Municipal de Saúde Caçapava.

