



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

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>2681/2025</b>	<b>3545/2025</b>	<b>03/06/2025 10:12:34</b>	<b>03/06/2025 09:49:05</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**548/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**BRUNO HENRIQUE DA SILVA**

Ementa:

Requer informações procedimento de entregas de receitas médicas da Secretaria de Saúde.

