



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

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>3918/2025</b>	<b>4951/2025</b>	<b>19/08/2025 10:50:08</b>	<b>19/08/2025 09:12:49</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**819/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**ROSELI DOS SANTOS BUENO**

Ementa:

Requer informações sobre os atendimentos na área de psiquiatria realizados no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAPS-I.

