



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SÃO SEBASTIÃO**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>1550/2024</b>	<b>1533/2024</b>	<b>10/12/2024 11:46:32</b>	<b>10/12/2024 11:43:25</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**288/2024**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**FULY**

Ementa:

“Solicita informações ao Executivo sobre o Hospital de Clínicas de São Sebastião”.

