



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

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>4077/2023</b>	<b>4580/2023</b>	<b>12/12/2023 10:19:47</b>	<b>12/12/2023 09:18:29</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**642/2023**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**DANDARA**

Ementa:

Requer informações sobre funcionamento da Fundação de Saúde e Assistência do Município de Caçapava – FUSAM

