



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**GUARAPARI**

PODER LEGISLATIVO

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>1030/2021</b>	<b>1057/2021</b>	<b>22/03/2021 11:33:49</b>	<b>22/03/2021 11:33:49</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**41/2021**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**DR. FRANZ**

Ementa:

Requer informação/relação de médicos atuantes por unidade de saúde neste Município.

