



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**MARECHAL  
FLORIANO**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>2169/2025</b>	<b>2263/2025</b>	<b>03/12/2025 18:22:45</b>	<b>03/12/2025 18:22:45</b>

Tipo Número

**REQUERIMENTO** **121/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**JUAREZ JOSÉ XAVIER**

Ementa:

REQUER A RELAÇÃO DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS NO NA UNIDADE DE SAÚDE CEZAR VELLO PUPPIN PERÍODO DE JUNHO DE 2025 A NOVEMBRO DE 2025.

