



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SOROCABA**

ESTADO DE SÃO PAULO

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>14125/2025</b>	<b>16754/2025</b>	<b>24/11/2025 10:27:09</b>	<b>24/11/2025 09:45:07</b>

Tipo Número

**REQUERIMENTO** **3271/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**FERNANDA SCHLIC GARCIA**

Ementa:

REQUER informações sobre laqueaduras realizadas nos hospitais conveniados.



Autenticar documento em <https://sorocaba.camarasempapel.com.br/autenticidade>  
com o identificador 3100300034003900300034003A004300, Documento assinado digitalmente conforme  
art. 4º, II da Lei 14.063/2020.