



N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>5082/2024</b>	<b>5122/2024</b>	<b>03/04/2024 11:44:15</b>	<b>03/04/2024 11:19:17</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**702/2024**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**CÍCERO JOÃO DA SILVA**

Ementa:

Requer informações sobre prestadora de serviços Avante (CMT Serviços Médicos LTDA).

