



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTA LUZIA**

PODER LEGISLATIVO

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>324/2023</b>	<b>325/2023</b>	<b>09/03/2023 17:27:06</b>	<b>09/03/2023 08:04:21</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**13/2023**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**LUIZA DO HOSPITAL**

Ementa:

Exoneração e terceirização do serviço dos profissionais na área da saúde.

