



**CÂMARA MUNICIPAL DE FUNDÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

N.º do Processo  
**420/2017**

Nº do Protocolo  
**450/2017**

Data do Protocolo  
**10/11/2017 15:56:10**

Tipo  
**REQUERIMENTO TRIBUNA LIVRE**

Número  
**15/2017**

Principal/Acessório  
**Principal**

Ementa:

**SAÚDE IGUALITÁRIA**