



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**VARGEM ALTA**  
PODER LEGISLATIVO

N.º do Processo  
**63/2020**

Nº do Protocolo  
**64/2020**

Data do Protocolo  
**26/10/2020 08:59:46**

Data de Elaboração  
**26/10/2020 08:59:46**

Tipo  
**INDICAÇÃO**

Número  
**16/2020**

Principal/Acessório  
**Principal**

Autoria:

**LEILA DAVID**

Ementa:

PARA OS AGENTES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VARGEM ALTA: - RECEBIMENTO DE INSALUBRIDADE.