



**CÂMARA MUNICIPAL**  
**DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE**  
**ITANHAÉM - SP**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>2494/2025</b>	<b>2532/2025</b>	<b>22/09/2025 18:14:52</b>	<b>22/09/2025 18:14:51</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**233/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**DANIEL COLAÇO MACHADO**

Ementa:

“Solicita ao Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista – DRS-IV, por meio de sua Diretora, Dra. Josiane Quintiliano Xavier de Castro, informações detalhadas sobre os hospitais e serviços estaduais sob sua coordenação, bem como esclarecimentos sobre o funcionamento da referência de atendimentos para pacientes do município de Itanhaém.”