



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**TERESINA**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>168/2024</b>	<b>170/2024</b>	<b>05/03/2024 10:59:35</b>	<b>05/03/2024 10:59:35</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**123/2024**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**DR. LEONARDO EULÁLIO**

Ementa:

VOTO DE PESAR pela morte de Dr. JOSÉ OSVALDO GOMES DOS SANTOS, ocorrida no dia 04 de Março de 2024, Pede que seja enviadas condolências aos familiares enlutados.

