



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**PORTO REAL**

PODER LEGISLATIVO

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>287/2023</b>	<b>287/2023</b>	<b>15/03/2023 10:49:14</b>	<b>13/03/2023 11:21:47</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**1/2023**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**FERNANDINHA**

Ementa:

Requer informações sobre folha de pagamento da secretaria de saúde referente à segunda parcela de décimo terceiro salário.



Autenticar documento em <https://spl.cmportoreal.rj.gov.br/autenticidade> com o identificador 310039003200340035003A004300, Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP - Brasil.

