



**CÂMARA MUNICIPAL  
DE ARACRUZ**

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>1761/2025</b>	<b>1801/2025</b>	<b>08/05/2025 13:47:55</b>	<b>08/05/2025 13:47:55</b>

Tipo Número

**INDICAÇÃO** **808/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**SEBASTIÃO SFALSIN DO NASCIMENTO**

Ementa:

REVISAR E ATUALIZAR/AUMENTAR/REAJUSTAR O VALOR CONCEDIDO DE AUXÍLIO PARA PAGAMENTO DE PLANO DE SAÚDE dos servidores públicos do Município de Aracruz e dos órgãos da administração indireta nos termos das Leis nºs 3987/2015 e 4272/2019.



Autenticar documento em <https://aracruz.camarasempapel.com.br/autenticidade>  
com o identificador 320038003800390030003A004300, Documento assinado digitalmente conforme  
art. 4º, II da Lei 14.063/2020.