



CÂMARA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE

## COMUNICAÇÃO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

SECMED

VEREADORA OU VEREADOR	
NOME	CM
PERÍODO DA LICENÇA    ___/___/___ A ___/___/___	
SECMED	
ASSINATURA	DATA ___/___/___
DEFERIMENTO DA SECRETÁRIA OU SECRETÁRIO GERAL	
ASSINATURA	DATA ___/___/___