



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 ___/___/___