



CÂMARA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

COMUNICAÇÃO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

SECMED

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