



CÂMARA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE

## COMUNICAÇÃO DE COMPARECIMENTO CONSULTA OU EXAME ELETIVO

SECMED

VEREADORA OU VEREADOR	
NOME	CM
CONSULTA/EXAME	
DATA ____/____/____	HORÁRIO ____ ÀS ____
SECMED	
ASSINATURA	DATA ____/____/____
DEFERIMENTO DA SECRETÁRIA OU SECRETÁRIO GERAL	
ASSINATURA	DATA ____/____/____