



CÂMARA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE

## COMUNICAÇÃO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

SECMED

VEREADORA OU VEREADOR	
NOME	CM
PERÍODO DA LICENÇA    __/__/__ A __/__/__	
SECMED	
CRM-MG: 34378 ASSINATURA	
DATA __/__/__	
DEFERIMENTO DA SECRETÁRIA OU SECRETÁRIO GERAL	
DEFERIDO	
ASSINATURA	
DATA 04/12/2025	