



CÂMARA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

**COMUNICAÇÃO DE LICENÇA
PARA TRATAMENTO DE SAÚDE**

SECMED

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