



CÂMARA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE

**COMUNICAÇÃO DE LICENÇA  
PARA TRATAMENTO DE SAÚDE**  
SECMED

VEREADORA OU VEREADOR	
<b>NOME</b> Leonardo José Rodrigues Martins	<b>CM</b> 10250
<b>PERÍODO DA LICENÇA</b> <u>07</u> / <u>03</u> / <u>2025</u> A <u>09</u> / <u>03</u> / <u>2025</u>	
SECMED	
ASSINATURA    CRM 47766	DATA <u>11</u> / <u>04</u> / <u>2025</u>
DEFERIMENTO DA SECRETÁRIA OU SECRETÁRIO GERAL	
ASSINATURA	DATA ____ / ____ / ____