

**PRESTAÇÃO DE CONTAS TRIMESTRAL DA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE.**

CORRESPONDÊNCIAS

Aprovação de atas

Data Ata	Data Sessão	Reunião	Situação
MATÉRIAS LEGISLATIVAS À DISTRIBUIR			
TRIBUNA LIVRE			

ORDEM DO DIA

ORADORES

Data	Número	Parlamentar orador	Situação
-------------	---------------	---------------------------	-----------------