

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
------	--------	--------------------	----------