

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