PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA LUZIA DO ITANHY
ESTADO DE SERGIPE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

AUDIÊNCIA PÚBLICA:
/ LDO 2027 / LOA 2027

FORMULÁRIO DE SUGESTÕES / RECLAMAÇÕES

| | SUGESTÃO | | ELOGIO | | RECLAMAÇÃO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Santa Luzia do Itanhi(Se)___ /___/2026 *Assinatura* ***(opcional):***

_____

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA LUZIA DO ITANHY