



Comprovante de Publicação

Nº: **45043**

Data/Hora Veiculação: **19/09/2018 00:00**

Ato: **PORTARIA Nº 45.471/2018**

Assunto: **ATRIBUIÇÃO DE COMPLEMENTO DE VENCIMENTO MÉDICO**

Tipo: **Portaria**

Órgão 1: **Prefeitura do Município**

Órgão 2: **Secretaria Municipal de Saúde**

Ementa: **FICA ATRIBUÍDO COMPLEMENTO DE VENCIMENTO MÉDICO...**

Identificação: **4836/2018**

Data Publicação : **20/09/2018**

**Completo**