

[TÍTULO DO EVENTO CONTENDO A AÇÃO E O NOME DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO HOMENAGEADA]

Prefeito(a) do Município de [Nome do Município]
Nome da Pessoa

Secretário(a) Municipal de Saúde
Nome da Pessoa

[Cargo do Representante da Empresa/Instituição]
Nome da Pessoa

[Nome do Município], [00] de [mês] de [0000]

LOGO OU BRASÃO DO
GOVERNO ESTADUAL
OU PREFEITURA
APLICADO
EM PRETO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

[TÍTULO DO EVENTO CONTENDO A AÇÃO E O NOME DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO HOMENAGEADA]

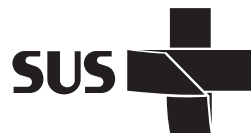
Governador(a) do Estado de [Nome do Estado]
Nome da Pessoa

Secretário(a) de Estado de Saúde
Nome da Pessoa

[Cargo do Representante da Empresa/Instituição]
Nome da Pessoa

[Nome do Município], [00] de [mês] de [0000]

LOGO OU BRASÃO DO
GOVERNO ESTADUAL
OU PREFEITURA
APLICADO
EM PRETO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO