



Palácio Legislativo Água Grande

Câmara Municipal
Estância Turística de Paraguaçu Paulista

CM Paraguaçu Paulista

Protocolo Data/Hora
21-879 21/06/2016 08:55:22
Responsável: *IOAP*

REQUERIMENTO 067116-50

Apresenta justificativa de falta à
72ª Sessão Ordinária de
20/06/2016, por motivo de saúde.

Excelentíssimo Senhor Presidente da Câmara Municipal,
Senhores Vereadores,

IAN FRANCISCO ZANIRATO SALOMÃO, Vereador desta Câmara Municipal, nos termos do §2º, do art. 321 do Regimento Interno da Casa, vem respeitosamente perante o douto Plenário, a fim de, tempestivamente, apresentar justificativa de falta à **72ª Sessão Ordinária**, realizada no dia 20 de junho de 2016, e REQUERER a sua anuência por acompanhar seu pai, Siney Antonio Takashi Sasada Salomão, em internação na Associação Beneficente Hospital Universitário da cidade de Marília (SP), em conformidade com cópia do atestado anexo, expedido pelo médico Dr. Kleiton Melo - CRM 176.409.

Justifica, ainda, que o motivo da falta vai ao encontro do previsto no inciso I, §1º, do art. 321 do Regimento Interno.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Palácio Legislativo Água Grande, 21 de junho de 2016.

[Assinatura]
IAN FRANCISCO ZANIRATO SALOMÃO
Vereador

Plenário "Vereador Oscar Porfírio Neto"



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Rua Dr. Próspero Cecílio Coimbra, 80
Bairro Cidade Universitária - Fone: (14) 2105-4500
CEP 17525-160 - MARILIA - SP

ATESTADO MÉDICO

A empresa:

Senhor(a): San Francisco Salvo-ão

Atestado de Comparecimento

Compareceu à Clínica das 17h30 às 21h00 horas pelo motivo de:

- () Consulta Médica.
 Acompanhar Familiar.
() Outros. (especificar):

Atestado Médico

- () Retorno às atividades após a consulta.
() Consulta com afastamento no dia de hoje.
() Devendo permanecer em repouso pelo prazo de _____ (_____)
dias a partir de ____ / ____ / ____.

Obs.: _____

Autorização

CID: 276.3

Autorizo a divulgação do CID (Código Internacional e Estatístico de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) correspondente à doença que gerou este atestado.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Identidade (RG)

Data: ____ / ____ / ____

Data: 20/06/2016

Assinatura ou Carimbo do Informante

Dr. Renato Melo
Médico
CRM-SP/176.409