



# CÂMARA MUNICIPAL DE MOGI MIRIM

Estado de São Paulo



**Requerimento Nº 211/2024 ASSUNTO: REQUER JUSTIFICAR A FALTA DO VEREADOR MÁRCIO EVANDRO RIBEIRO DA 19ª SESSÃO ORDINÁRIA REALIZADA NO ÚLTIMO DIA 10 DE JUNHO DE 2024, CONFORME ATESTADO MÉDICO EM ANEXO, COM BASE NOS ARTIGOS 81, I, “A” 156, I, 167, PARÁGRAFO 1º, DA RESOLUÇÃO Nº 276/2010 DO REGIMENTO INTERNO VIGENTE.**

## **DESPACHO**

**SALA DAS SESSÕES \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**PRESIDENTE DA MESA**

**REQUERIMENTO Nº 211 DE 2024.**

**SENHOR PRESIDENTE,  
SENHORES VEREADORES e VEREADORAS,**

Requeiro ao Presidente, na forma regimental, e depois de ouvido o Douto Plenário desta Casa, que seja oficiado à Mesa Diretora dessa Casa de Leis, o afastamento do Vereador na 15ª Sessão Ordinária do dia 10 de junho de 2024, conforme atestado médico em anexo, com base nos artigos 81, inciso I, alínea “a”: artigo 156, inciso I, e artigo 167, § 1º da Resolução nº 276/2010, do vigente Regimento Interno.

Sala das Sessões “Vereador Santo Rótoli”, em 12 de junho de 2024.

**VEREADOR MARCIO EVANDRO RIBEIRO**



# CÂMARA MUNICIPAL DE MOGI MIRIM

Estado de São Paulo



www.unimedbxm.coop.br  
 Avenida Mogi Mirim, nº 2679 -  
 13844-115 Jd. Guaçu Mirim,  
 Mogi Guaçu - SP  
 T. (19) 3831-9700  
 E-mail: unimed@unimedbxm.coop.br

**ANS - nº 311847**

## ATESTADO MÉDICO

Atesto a pedido, que o Sr Marcio E. Ribeiro  
 \_\_\_\_\_ idade e portador do RG nº \_\_\_\_\_, está impedido de  
 exercer seu trabalho, solicitando:

- ( | ) Afastamento do trabalho por \_\_\_\_\_ horas
- ( X ) Afastamento do trabalho por um (01) dia
- ( | ) Afastamento do trabalho pelo período de \_\_\_\_\_ dias (menos de 15 dias), a partir de \_\_\_\_\_
- ( | ) Afastamento do trabalho por mais de 15 (quinze) dias, a partir de \_\_\_\_\_
- ( | ) Encaminhamento à Perícia do INSS

em decorrência de:

- ( X ) Consulta Médica
- ( | ) Tratamento Médico
- ( | ) Tratamento Cirúrgico
- ( | ) Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica
- ( ) Acompanhamento Familiar

*Dr. Alexandre Vidal V. Carvalho*  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-SP- 178.844

Nome \_\_\_\_\_  
 CRM \_\_\_\_\_  
 CPF \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado, \_\_\_\_\_, autorizo o  
 médico a declarar nominalmente, ou através do CID, meu diagnóstico, liberando-o  
 portanto da guarda do sigilo profissional.

Assinatura do Paciente \_\_\_\_\_  
 Data: 10/06/2024

DIAG./CID M54.4

FOR-CPS-506- V00

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE - PROTOCOLO:1008/2024 - 12/06/2024 - 16:06 - VXXN1-3GZ7-6UV9-Y525



# CÂMARA MUNICIPAL DE MOGI MIRIM

Estado de São Paulo



## Assinaturas Digitais

O documento acima foi proposto para assinatura digital na Câmara Municipal de Mogi Mirim. Para verificar as assinaturas, clique no link: <https://mogimirim.siscam.com.br/documentos/autenticar?chave=VXN13GZ76UV9Y525>, ou vá até o site <https://mogimirim.siscam.com.br/documentos/autenticar> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido:

**Código para verificação: VXN1-3GZ7-6UV9-Y525**

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE - PROTOCOLO:1008/2024 - 12/06/2024 - 16:06 - VXN1-3GZ7-6UV9-Y525