



CÂMARA MUNICIPAL DE MOGI MIRIM

Estado de São Paulo



Requerimento Nº 56/2025

ASSUNTO: REQUER JUSTIFICAR A FALTA DO VEREADOR MÁRCIO EVANDRO RIBEIRO DA 2ª SESSÃO ORDINÁRIA REALIZADA NO ÚLTIMO DIA 10 DE FEVEREIRO DE 2025, 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.

**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 fevereiro de 2025, 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 11 de fevereiro de 2025.

VEREADOR MARCIO EVANDRO RIBEIRO

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE - PROTOCOLO:206/2025 - 11/02/2025 - 15:18 - 2488-A125-6TUD-8427



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
 F. (19) 3831-9759
 E-mail: unimed@unimedbxm.coop.br

ANS - nº 311847

ATESTADO MÉDICO

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

- () Afastamento do trabalho por _____ horas
 - () Afastamento do trabalho por um (01) dia 10/2/25
 - () 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:
- () Consulta Médica
 - () Tratamento Médico
 - () Tratamento Cirúrgico
 - () Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica
 - () Acompanhamento Familiar

Nome _____
 CRM Dr. José Antônio Cirvidiu
 CPF CRM19598-DNS HT 4087
 Endereço Gastroenterologia

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: / /

DIAG./CID M-54

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE - PROTOCOLO:206/2025 - 11/02/2025 - 15:18 - 2488-A125-6TUD-8427



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=2488A1256TUD8427>, 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: 2488-A125-6TUD-8427

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE - PROTOCOLO:206/2025 - 11/02/2025 - 15:18 - 2488-A125-6TUD-8427