



# **CÂMARA MUNICIPAL DE MOGI MIRIM**

**Estado de São Paulo**



**Requerimento Nº 63/2026**

**ASSUNTO: REQUER JUSTIFICAR A FALTA DO VEREADOR MÁRCIO EVANDRO RIBEIRO DA 04ª (QUARTA) SESSÃO ORDINÁRIA REALIZADA NO ÚLTIMO DIA 23 DE FEVEREIRO DE 2026, 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 04ª (quarta) Sessão Ordinária do dia 23 de fevereiro de 2026, 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 25 de fevereiro de 2026.

*(assinado digitalmente)*  
**VEREADOR MARCIO EVANDRO RIBEIRO**



# CÂMARA MUNICIPAL DE MOGI MIRIM

Estado de São Paulo



**Unimed**  
Regional da  
Baixa Mogiana

Unimed Regional da Baixa Mogiana  
Avenida Mogi Mirim, 2.679 - Jd. Guapu Mirim  
CEP: 13844-115 - Mogi Guapu - SP  
Tel.: (19) 3831 9700  
Fax: (19) 3831 9759  
E-mail: unimed@unimedbxm.coop.br  
Home Page: www.unimedbxm.coop.br

ANS - nº 311847

**Atestado Médico**

Atesto a pedido, que o Sr. MARCIO EVANGELISTA 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 25/2/26  
( ) 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 \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Dr. José Antônio Cirvidiu  
CRM 19398-DNS HT 4087  
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 K29



# 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=USV0G28K0ZEKK43W>, 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: USV0-G28K-0ZEK-K43W**

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE - PROTOCOLO:406/2026 - 25/02/2026 - 10:09 - USV0-G28K-0ZEK-K43W