



CÂMARA MUNICIPAL DE MOGI MIRIM

Estado de São Paulo



Requerimento Nº 331/2026

ASSUNTO: REQUER JUSTIFICAR A FALTA DO VEREADOR MÁRCIO EVANDRO RIBEIRO DA 23ª SESSÃO ORDINÁRIA REALIZADA NO ÚLTIMO DIA 06 DE JULHO 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 23ª Sessão Ordinária do dia 06 de julho 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.

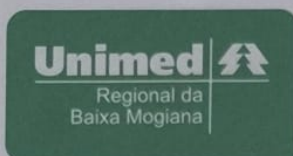
Sala das Sessões “Vereador Santo Rótoli”, em 08 de julho de 2026.

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

ANS - nº 311847

ATESTADO MÉDICO

Atesto a pedido, que o Sr. Marcos 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 6/7/20
() 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
CRM19598-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 R 10



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=YE7EZ2CYPKZ3RK67>, 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: YE7E-Z2CY-PKZ3-RK67

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE - PROTOCOLO:1508/2026 - 08/07/2026 - 12:02 - YE7E-Z2CY-PKZ3-RK67