



CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO Nº 3 0 6 5

PROPOSIÇÃO	
NOME DA PROPOSIÇÃO: <i>REQUERIMENTO</i>	Nº <i>501/2004</i>
AUTOR DA PROPOSIÇÃO: <i>VEREADOR JOEL JUBINI</i>	
EMENTA: <i>PEDIR JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA EM SESSÃO</i>	

BOLETIM DE TRAMITAÇÃO

DATA DA ENTRADA: ____ / ____ / 200__

DATA DA LEITURA: ____ / ____ / 200__

DESPACHO DO PRES.: PELA TRAMIT. NORMAL

PELA DEVOL. AO AUTOR

TRAMITAÇÃO: ORDINÁRIA

URGÊNCIA

ESPECIAL

COMISSÕES PERMANENTES

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA	
PROP. ENCAMINHADA	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
PARECER VOTADO	EM / /
PARECER VENCIDO	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
RED. DO VENCIDO	EM / /
PROP. DEVOLVIDA	EM / /
EMENDAS ENCAM.	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
PARECER VOTADO S/E	EM / /
PARECER VENCIDO	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
RED. DO VENCIDO	EM / /
PROP. DEVOLVIDA	EM / /
RED. FINAL-ENCAM.	EM / /
RED. FINAL-DEVOL.	EM / /

FINANÇAS E ORÇAMENTOS	
PROP. ENCAMINHADA	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
PARECER VOTADO	EM / /
PARECER VENCIDO	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
RED. DO VENCIDO	EM / /
PROP. DEVOLVIDA	EM / /
EMENDAS ENCAM.	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
PARECER VOTADO S/E	EM / /
PARECER VENCIDO	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
RED. DO VENCIDO	EM / /
PROP. DEVOLVIDA	EM / /

EDUCAÇÃO E SAÚDE	
PROP. ENCAMINHADA	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
PARECER VOTADO	EM / /
PARECER VENCIDO	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
RED. DO VENCIDO	EM / /
PROP. DEVOLVIDA	EM / /
EMENDAS ENCAM.	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
PARECER VOTADO S/E	EM / /
PARECER VENCIDO	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
RED. DO VENCIDO	EM / /
PROP. DEVOLVIDA	EM / /

AGRIC. E MEIO AMBIENTE	
PROP. ENCAMINHADA	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
PARECER VOTADO	EM / /
PARECER VENCIDO	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
RED. DO VENCIDO	EM / /
PROP. DEVOLVIDA	EM / /
EMENDAS ENCAM.	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
PARECER VOTADO S/E	EM / /
PARECER VENCIDO	EM / /
RELATOR DESIGNADO	EM / /
RED. DO VENCIDO	EM / /
PROP. DEVOLVIDA	EM / /

TRAMITAÇÃO NO PLENÁRIO

ORDEM DO DIA: ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____

DISCUSSÃO: 1º EM ____ / ____ / ____ - 2º EM ____ / ____ / ____ DISC / SUPLEM. EM ____ / ____ / ____

ADIAM. DA DISCUSSÃO: DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____ REQ. POR

ADIAM. DA DISCUSSÃO: DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____ REQ. Pela maioria dos vereadores

TOTAL DE EMENDAS APRESENTADAS: ENCAM. P/COM. EM ____ / ____ / ____

PROCESSO DE VOTAÇÃO: SIMBÓLICO NOMINAL SECRETO

ADIAM. DA VOTAÇÃO: DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____ REQ. POR

VOTAÇÃO: 1º EM ____ / ____ / ____ - 2º EM ____ / ____ / ____ VOT. / SUPLEM. EM ____ / ____ / ____

RED. FINAL: EMC. P/C. EM: ____ / ____ / ____ DEVOL. EM ____ / ____ / ____ VOTADA EM ____ / ____ / ____

PROP. RETIRADA EM: ____ / ____ / ____ - PELO PRESIDENTE PELO AUTOR

DECISÃO FINAL: APROVADO REJEITADO EM ____ / ____ / ____

DATA DO AUTÓGRAFO: ____ / ____ / ____ ARQUIVADA EM ____ / ____ / ____



CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Av. José Grilo - 152 - Centro - Fone- 0XX-28-3547-1310 - Fax- 0XX-28-3547-1201

EXMO. SR. PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO.

Req. Nº 501 / 2004.

O Vereador infra-assinado, fazendo uso do que dispõe o § 3º do art. 174 do Regimento Interno e do Ato nº 09/92, vem mui respeitosamente perante V. Ex^a., **REQUERER** que, após ouvido o plenário, seja considerada justificada minha ausência na Sessão Ordinária do dia 25/05//2004, por motivo de doença, conforme atestado anexo.

Sala das Sessões, em 25 de maio de 2004.


JOEL JUBINI
Vereador

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE

Joel FigueiraNECESSITA DE (01) seman DIAS DE AFASTAMENTO DO TR

(POR EXTENSO)

BALHO A PARTIR DESTA DATA.

Norm N. S. Souza
UNIDADE DE SAÚDE

Dr. Marcelo Lenos Dias
 Cirurgião Geral e Virologista
 CRM - ES 40368
 CPF: 726.917.555

25/05/08
DATA

ASSINATURA MÉDICO / ODONTÓLOGO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
 ART. 27 DA CLPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84,
 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFAS-
 TAMENTO DE TRABALHO.