



**CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

PROTOCOLO N.º _____



PROTOCOLO ----- N.º 5873/2014

NOME DA PROPOSIÇÃO ----- REQUERIMENTO

AUTOR DA PROPOSIÇÃO ----- CLEONE JOSÉ LORDELO BATISTA

BOLETIM DE TRAMITAÇÃO

DATA DA ENTREGA: ____ / ____ /20 ____	DATA DA LEITURA: ____ / ____ /20 ____
DESPACHO DO PRES: <input type="checkbox"/> PELA TRAMIT. NORMAL	<input type="checkbox"/> PELA DEVOL. AO AUTOR
TRAMITAÇÃO: <input type="checkbox"/> ORDINÁRIA	<input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> ESPECIAL

COMISSÕES PERMANENTES

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA	
PROP. ENCAMINHADA	EM ____ / ____ / ____
RELATOR DESIGNADO	EM ____ / ____ / ____
PARECER VOTADO	EM ____ / ____ / ____
PARECER VENCIDO	EM ____ / ____ / ____
RELATOR DESIGNADO	EM ____ / ____ / ____
RED. DE VENCIDO	EM ____ / ____ / ____
PROP. DEVOLVIDA	EM ____ / ____ / ____
EMENDAS ENCAM.	EM ____ / ____ / ____
RELATOR DESGNADO	EM ____ / ____ / ____
PARECER VOTADO S/E	EM ____ / ____ / ____
PARECER VENCIDO	EM ____ / ____ / ____
RELATOR DESGNADO	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. DE VENCIDO	EM ____ / ____ / ____
PROP. DEVOLVIDA	EM ____ / ____ / ____
EMENDAS ENCAM.	EM ____ / ____ / ____
RELATOR DESGNADO	EM ____ / ____ / ____
PARECER VOTADO S/E	EM ____ / ____ / ____
PARECER VENCIDO	EM ____ / ____ / ____
RELATOR DESGNADO	EM ____ / ____ / ____
RED. DO VENCIDO	EM ____ / ____ / ____
PROP. DEVOLVIDA	EM ____ / ____ / ____

TRAMITAÇÃO NO PLENÁRIO

ORDEM DO DIA: ____ / ____ /20 ____ - ____ / ____ /20 ____
DISCUSSÃO: 1ª EM ____ / ____ / ____ - 2ª EM ____ / ____ / ____ DIS/SUPLEM. EM ____ / ____ / ____
ADIAN. DA DISCUSÃO: DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____ REQ. POR ____
ADIAN. DA DISCUSÃO: DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____ REQ. Pela maioria dos vereadores
TOTAL DE EMENDAS APRESENTADAS: _____
PROCESSO DE VOTAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIMBÓLICO <input type="checkbox"/> NOMINAL <input type="checkbox"/> SECRETO
ADIAN. DA VOTAÇÃO DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____ REQ. POR ____
VOTAÇÃO: 1ª EM ____ / ____ / ____ - 2ª EM ____ / ____ / ____ VOT./SUPLEM. EM ____ / ____ / ____
RED. FINAL: EMC. P/C. EM: ____ / ____ / ____ DEVOL. EM ____ / ____ / ____ VOTADA EM ____ / ____ / ____
PROP. RETIRADA EM: ____ / ____ / ____ - PELO PRESIDENTE <input type="checkbox"/> PELO AUTOR <input type="checkbox"/>
DECISÃO FINAL: APROVADO <input type="checkbox"/> REJEITADO EM ____ / ____ /20 ____ ARQUIVADA EM ____ / ____ /20 ____
DATA DO AUTÓGRAFO: ____ / ____ /20 ____ DESARQUIVADA EM ____ / ____ /20 ____

pte
5871



CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Av. José Grilo-152-Centro – Fone- 0XX-27-547-1310 – Fax- 0XX-27-547-1201

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.

REQ. Nº. 846/2014.

O Vereador infra-assinado, fazendo uso do que dispõe o inciso I, do art. 2º, do Ato nº 349/2007, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, **REQUER**, que seja justificada minha ausência na Sessão Ordinária do dia 22 de julho de 2014, tendo em vista que neste dia necessitei de cuidados médicos, conforme atestado em anexo.

Nestes Termos.

Pede Deferimento.

Conceição do Castelo-ES, em 23 de julho de 2014.


CLEONE JOSÉ LORDELO BATISTA
Vereador da Câmara Municipal de Conceição do Castelo-ES.

Cleone J. Lordele
PROT. Nº. 23/07/2014 09:56 000001046

DESPACHO

O presente requerimento se encontra de acordo com o disposto no ato nº 349/2007, razão pela qual, pede pelo seu deferimento.

Em 23/07/14.

MARCE



Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo

SUS

ATESTADO MÉDICO E ODONTOLÓGICO

Secretaria Municipal de Saúde

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE C. Conceição José Gurgel

Batista.

NECESSITA DE (01) 1 DIAS DE AFASTAMENTO DO
(POR EXTENSO)

TRABALHO A PARTIR DESTA DATA.

P.A.

UNIDADE DE SAÚDE

Cid 123

C. Castro, 22/07/2017

LOCAL

Dr. Antônio Vieira de Melo Filho
MÉDICO
CRM ES 1280 CPF 451882117-34

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 AFASTAMENTO DE TRABALHO.