



# CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO Nº 4 0 2 6



## PROPOSIÇÃO

NOME DA PROPOSIÇÃO: REQUERIMENTO Nº 622/2008

AUTOR DA PROPOSIÇÃO: SEBASTIAO DA SILVA VARGAS

EMENTA: JUSTIFICATIVA DE AUSENCIA DE SESSAO

PROPOSIÇÃO	
NOME DA PROPOSIÇÃO: REQUERIMENTO	Nº 622/2008
AUTOR DA PROPOSIÇÃO: SEBASTIAO DA SILVA VARGAS	
EMENTA: JUSTIFICATIVA DE AUSENCIA DE SESSAO	

# BOLETIM DE TRAMITAÇÃO

DATA DA ENTRADA: ____ / ____ / 200__	DATA DA LEITURA: ____ / ____ / 200__
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 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. DE 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: ____ / ____ / 200__ - ____ / ____ / 200__	____ / ____ / 200__
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: <input type="checkbox"/> SIMBÓLICO	<input type="checkbox"/> NOMINAL <input type="checkbox"/> 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: ____ / ____ / ____ - <input type="checkbox"/> PELO PRESIDENTE	<input type="checkbox"/> PELO AUTOR
DECISÃO FINAL: <input type="checkbox"/> APROVADO <input type="checkbox"/> REJEITADO EM ____ / ____ / 200__	<input type="checkbox"/> ARQUIVADA EM ____ / ____ / 200__
DATA DO AUTÓGRAFO: ____ / ____ / 200__	<input type="checkbox"/> DESARQUIVADA EM ____ / ____ / 200__



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

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

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

Req. Nº 622 / 2008.

O Vereador infra-assinado, fazendo uso do que dispõe o inciso I do art. 2º do Ato nº 349/2007, vem mui respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup>., **REQUERER** que seja Justificada minha ausência na Sessão Ordinária do dia 16/12/08, pois estava afastado para repouso e tratamento médico conforme atestado médico em anexo.

Nestes Termos

Pede Deferimento

Sala das Sessões, em 23 de dezembro de 2008.

**SEBASTIÃO DA SILVA VARGAS**  
Vereador

DESPACHO

O PRESENTE REQUERIMENTO ATENDE AS DIS-  
POSIÇÕES CONTIDAS NO ATO Nº, 349/2007, RAZÃO  
PELA QUAL, DEFIRO.

EM. 23/12/08.

**SUDS**

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE

5 de Setembro  
da Silva Vargas.

NECESSITA DE (01) hum DIAS DE AFASTAMENTO  
(POR EXTENSO)

DO TRABALHO A PARTIR DESTA DATA.

ciel = MSY.3

US

UNIDADE DE SAÚDE

UMI

LOCAL

16/12/08

DATA

~~Dr Orlando [Signature]  
Colo [Signature]  
CSA - ES 6142~~

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 DO TRABALHO.