



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

PROTOCOLO Nº \_\_\_\_\_



**PROTOCOLO ----- N.º6256/2015**

**NOME DA PROPOSIÇÃO – REQUERIMENTO DE USO DO PLENÁRIO**

**AUTOR DA PROPOSIÇÃO- SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE-  
SR. ANTÔNIO JOSÉ FERIANI**

# BOLETIM DE TRAMITAÇÃO

|  |   |
|--|---|
| DATA DA ENTREGA: <u>15 / 12 / 20 15</u>                        | DATA DA LEITURA: <u>15 / 12 / 20 15.</u>                            |
| 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: 1º EM ___ / ___ / ___ - 2º 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: 1º EM ___ / ___ / ___ - 2º EM ___ / ___ / ___ VOT./SUPLEM. EM ___ / ___ / ___   |
| RED.FINAL: EMC. P/C. EM: ___ / ___ / ___ DEVOLEM ___ / ___ / ___ VOTADA EM ___ / ___ / ___   |
| PROP. RETIRADA EM: ___ / ___ / ___ - PELO PRESIDENTE PELO AUTOR  |
| DECISÃO FINAL: <input type="checkbox"/> APROVADO <input type="checkbox"/> REJEITADO EM ___ / ___ / 20___ <input type="checkbox"/> ARQUIVADA EM ___ / ___ / 20___ |
| DATA DO AUTÓGRAFO: ___ / ___ / 20___ DESARQUIVADA EM ___ / ___ / 20___   |

AUTORIZAÇÃO DO PLENÁRIO  
SESSÃO DO DIA 18/12/15.





*Secretaria Municipal de Saúde de Conceição do Castelo-ES*

Conceição do Castelo, 15 de dezembro de 2015.

Of. PMCC/SMSCC Nº275 /2015.

DA: Secretaria Municipal de Saúde

AO: Excelentíssimo Presidente do Poder Legislativo

Prezado Presidente;

Pelo presente, solicito a Vossa Excelência autorização para utilizar esta Casa de Leis, para a Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde do 1º e 2º quadrimestre de 2015, no dia 23/12/2015, à partir das 19:00 horas, caso não tenha nenhum compromisso de agenda.

Sem mais para o momento, aguardo a resposta.

Atenciosamente,

ANTONIO JOSÉ FERIANI  
Secretário Municipal de Saúde

AO: Exmº Sr.  
CLEONES JOSÉ LORDEIRO BATISTA  
Presidente do Poder Legislativo Municipal

of. enec nº 094/15

*Recebido em*  
15/12/2015

28 99920 1120