



CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO Nº 4 4 6 1



PROPOSIÇÃO	
NOME DA PROPOSIÇÃO: REQUERIMENTO	Nº 654/2010
AUTOR DA PROPOSIÇÃO: VEREADOR TIÃO VARGAS	
EMENTA: REQUER JUSTIFICATIVA DE AUSENCIA DE SESSÃO	

ASSINATURA

TIÃO

55-20

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 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 654 / 2010.

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. Exª., **REQUERER** que seja Justificada minha ausência na Sessão Ordinária do dia 07/04/10, visto que estava com problemas de saúde, conforme mostra atestado médico em anexo.

Nestes Termos

Pede Deferimento

Sala das Sessões, em 08 de abril de 2010.

SEBASTIÃO DA SILVA VARGAS
Vereador

DESPACHO

O presente requerimento atende as disposições constantes do Ato nº 349/07, razão pela qual, sou pelo seu **DEFERIMENTO**
Em 28 de abril de 2010.



Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo

SUS

ATESTADO MÉDICO E ODONTOLÓGICO

Secretaria Municipal de Saúde

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE Sebastião da

Silva Varfan

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

TRABALHO A PARTIR DESTA DATA. MS4

US

UNIDADE DE SAÚDE

CCU

LOCAL

07/04/10

DATA

Orlando Fioletto Filho
Cirurgião Geral
CRMES 4243

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.