



CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO Nº 4 7 4 2



PROPOSIÇÃO	
NOME DA PROPOSIÇÃO: REQUERIMENTO	Nº 687/2011
AUTOR DA PROPOSIÇÃO: VEREADOR CLEONE BATISTA	
EMENTA: REQUER JUSTIFICATIVA DE AUSENCIA DE SESSÃO	

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 687/ 2011.

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^a., **REQUERER** que seja Justificada minha ausência na Sessão Ordinária do dia 08/02/11, visto que estava tratando de problemas de saúde bucal, conforme atestado em anexo.

Nestes Termos

Pede Deferimento

Sala das Sessões, em 21 de fevereiro de 2011.

CLEONE JOSÉ LORDELO BATISTA
Vereador

DESPACHO
O presente requerimento de acordo com as disposições contidas no Ato nº 349/07, razão pela qual, seu pedido é deferimento.

Em 21 de fevereiro de 2011.



CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

Dr. Leonardo Trindade Carvalho

Cirurgião - Dentista CRO -ES 4883

Dr.ª Luciane Trindade Carvalho Bárbara

Cirurgiã - Dentista CRO -ES 3164

Especialização: Sanitarista, Saúde Coletiva

Programa de Saúde Familiar



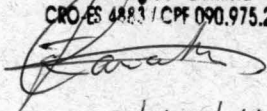
Av.: Afonso Cláudio, 349 - Centro - Cep.:29.395-000

**Tel.:3543-0371
Cel.:9905-0670**

* Atesto para os devidos fins
que o paciente Clone Batista esteve
em tratamento de urgência neste consultório
no dia 08 (oito) de fevereiro de 2011.



Dr. Leonardo Trindade Carvalho
Cirurgião - Dentista
CRO ES 4883 / CPF 090.975.217-69



08/02/11.