



# CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PROCOLO Nº 5 3 8 8



PROPOSIÇÃO	
NOME DA PROPOSIÇÃO: REQUERIMENTO	Nº 85/2012
AUTOR DA PROPOSIÇÃO: VEREADOR CLEONE BATISTA	
EMENTA: REQUER JUSTIFICATIVA DE AUSENCIA DE SESSÃO	

# BOLETIM DE TRAMITAÇÃO

DATA DA ENTRADA: ____/____/20____	DATA DA LEITURA: 23/10/2012
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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
 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:  SIMBÓLICO  NOMINAL  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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  PELO PRESIDENTE  PELO AUTOR  
 DECISÃO FINAL:  APROVADO  REJEITADO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  ARQUIVADA EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
 DATA DO AUTÓGRAFO \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  DESARQUIVADA EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

---



**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 785/ 2012.

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 23/10/2012, por motivo de problemas de saúde, como indica atestado medico em anexo.

Nestes Termos

Pede Deferimento

Sala das Sessões, em 23 de outubro de 2012.

**CLEONE JOSÉ LORDELO BATISTA**  
Vereador

*DESPACHO*

*O presente requerimento foi deferido por atender as disposições contidas no Ato nº 349/07.  
Em 23/10/12.*

***Clínica de Dermatologia, Cirurgia, Podologia e Estética***  
***Av: Presidente Vargas, 466. Sala 02. Centro. Iuna-ES***  
***Fone: (28)3545-2075***

***RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO***

Horário de chegada:

Horário de saída:

O Sr. (a) Cleone Jose Lordelo Bast

Compareceu a esta Clínica para:

- 1- Consulta \_\_\_\_\_ ( )
- 2- Acompanhamento familiar \_\_\_\_\_ ( )
- 3- Marcar cirurgias \_\_\_\_\_ ( )
- 4- Fazer curativo \_\_\_\_\_ ( )
- 5- Retorno pós operatório \_\_\_\_\_ ( )
- 6- Fazer tratamento \_\_\_\_\_ ( )
- 7- Cirurgia ambulatorial em 18/10/12 \_\_\_\_\_ (X)

Outrossim, Comunicamos que:

- ( ) Nada apresenta que o impossibilita ao trabalho
- ( ) Deverá permanecer em repouso no horário acima.
- ( ) Deverá permanecer em repouso no período da manhã.
- ( ) Deverá permanecer em repouso no período da tarde.
- ( ) Deverá permanecer em repouso no dia de hoje.
- (X) Deverá permanecer em repouso no período de 07 (X) dias.

C.I.D. D23 --

Zenira dos Santos Borges  
Dermatologista Titular  
Sociedade Brasileira de Dermatologia  
CRM-ES 7323 / RQE 4863

Iúna, dezeto de outubro de 2012

Nota:

- 1- É proibido por lei justificar dias anteriores a consulta.
- 2- Afaste o paciente por tempo estritamente necessário.

Atenção:

Esta justificativa está sujeita a confirmação pelo médico do ambulatório da Empresa podendo ser Impugnada pelo mesmo.