



CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PROCOLO Nº _____



PROCOLO ----- N.º 5569

NOME DA PROPOSIÇÃO ----- REQUERIMENTO

AUTOR DA PROPOSIÇÃO ----- CLEONE JOSÉ LORDELO BATISTA

BOLETIM DE TRAMITAÇÃO

DATA DA ENTRADA: <u>21/08/2013</u>	DATA DA LEITURA: <u>27/08/2013</u>
DESPACHO DO PRES: <input checked="" 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 <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RELATOR DESIGNADO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PARECER VOTADO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PARECER VENCIDO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RELATOR DESIGNADO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RED. DE VENCIDO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PROP. DEVOLVIDA	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
EMENDAS ENCAM.	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RELATOR DESIGNADO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PARECER VOTADO S/E	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PARECER VENCIDO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RELATOR DESIGNADO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RED. DO VENCIDO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PROP. DEVOLVIDA	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RED. FINAL - ENCAM.	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RED. FINAL - DEVOL.	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

FINANÇAS E ORÇAMENTOS	
PROP. ENCAMINHADA	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RELATOR DESIGNADO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PARECER VOTADO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PARECER VENCIDO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RELATOR DESIGNADO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RED. DE VENCIDO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PROP. DEVOLVIDA	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
EMENDAS ENCAM.	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RELATOR DESIGNADO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PARECER VOTADO S/E	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PARECER VENCIDO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RELATOR DESIGNADO	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RED. DO VENCIDO *	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
PROP. DEVOLVIDA	EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

TRAMITAÇÃO NO PLENÁRIO

ORDEM DO DIA: / /20 - / /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 28/08/2013

DATA DO AUTÓGRAFO / /20 DESARQUIVADA EM: / /20



CÂMARA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Av. José Grilo-152-Centro – Fone- 0XX-27-547-1310 – Fax- 0XX-27-547-1201

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE
CONCEIÇÃO DO CASTELO, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.**

REQ. Nº. 817/2013.

O Vereador infra-assinado, fazendo uso do que dispõe o inciso I, do art. 2º, do Ato nº 349/2007, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, **REQUER**, que seja justificada minha ausência na Sessão Ordinária do dia 20 de agosto de 2013, tendo em vista que neste dia necessitei de cuidados médicos conforme atestado em anexo.

Nestes Termos.

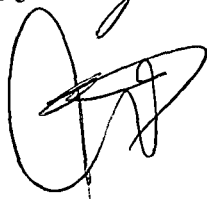
Pede Deferimento.

Conceição do Castelo-ES, em 21 de agosto de 2013.


CLEONE JOSÉ LORDELO BATISTA

Vereador da Câmara Municipal de Conceição do Castelo-ES.

DESPACHO:
O presente requerimento atende o disposto no inciso I, do art. 2º, do ato nº 349/2007, razão pela qual, sou pelo seu deferimento.
Em 21 de agosto de 2013.



SUS

ATESTADO MÉDICO E ODONTOLÓGICO

Secretaria Municipal de Saúde

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE Cláudia Josefa

horário de aula,

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

TRABALHO A PARTIR DESTA DATA.

P.A.

UNIDADE DE SAÚDE

017 643.9

C- Castelo 20/08/2013

: LOCAL DATA

Dr. Antônio Vieira de Mello Filho

MÉDICO

CPF 451882117-34

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.