



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

Av. José Grilo – nº 152 – Centro - Cep 29.370-000  
Telefone: 028-3547-1310 e 3547-1201

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

**REQ. Nº. 1071/2024.**

A Vereadora infra-assinada, com base nos arts. 3º e 4º, da Lei Municipal nº 2.200, de 05 de agosto de 2020, que dispõe sobre o subsídio dos Vereadores do Município de Conceição do Castelo-ES, para viger na legislatura de 2021/2024 e dá outras providências, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, **REQUER**, que seja justificada minha ausência na Sessão Ordinária e na reunião das Comissões Permanentes, a serem realizadas nos dias 12 e 13 de novembro de 2024, tendo em vista que nestes dias necessito de afastamento para cuidados médicos, conforme atestado médico em anexo.

Nestes Termos.

Pede Deferimento.

Conceição do Castelo-ES, em 12 de novembro de 2024.

**ANDRÉIA DE ANDRADE DALBÓ**

Vereadora da Câmara Municipal de  
Conceição do Castelo-ES.

**Processo:** 9609/2024

**Tipo:** Requerimento: 16/2024

**Área do Processo:** Legislativa

**Data e Hora:** 14/11/2024 08:49:20

**Procedência:** Andreia Dalbó

**Assunto:** Requer justificativa de ausência na Sessão Ordinária e na reunião das Comissões Permanentes, a serem realizadas nos dias 12 e 13 de novembro de 2024, tendo em vista que nestes dias necessito de afastamento para cuidados médicos, conforme atestado médico em anexo.



Autenticar documento em <https://dmc.es.gov.br/autenticidade>  
com o identificador 37003800390034003A005000, Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.



Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo

SUS

ATESTADO MÉDICO E ODONTOLÓGICO

Secretaria Municipal de Saúde

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE Andréia de

Andrade Alaló

NECESSITA DE ( 03 ) Três DIAS DE AFASTAMENTO DO  
(POR EXTENSO)

TRABALHO A PARTIR DESTA DATA.

J. 11

UNIDADE DE SAÚDE

LOCAL

DATA

12/11/24

ASSINATURA MÉDICO / ODONTÓLOGO

*Handwritten signature and stamp*  
Município de Conceição do Castelo

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DA CLPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 839.312 DE 23/01/1984. E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE TRABALHO.

SAS - 035

