

# CÂMARA MUNICIPAL DE PINHALZINHO

Paço Municipal Prefeito José de Lima Franco Sobrinho CNPJ: 01.676.018/0001-70

APROVADO POR UNANIMIDADE

ENCAMINHE-SE E PUBLIQUE-SE

Sala das Sessões 07 1 06 12023

PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL

# **REQUERIMENTO Nº 66/2022**

**Encaminhamento**: Ao Presidente Interino da Câmara Municipal de Pinhalzinho/SP.

Assunto: Requer Justificativa de falta.

Autor Vereador: Jesuel Donizete Alpi

O Vereador acima, com assento nesta Casa Legislativa, no uso das atribuições que lhes são conferidas no Artigo 165, Inciso XI do Regimento Interno, vem requerer a Câmara Municipal de Pinhalzinho, a justificativa da falta ocorrida no dia 31 de Maio do corrente ano, na 17ª Sessão Ordinária, conforme atestado médico anexo.

Sala das Sessões, 07 de Junho de 2022.

Jesuel Donizete Alpi Vereador



### Irmandade do Senhor Bom Jesus dos Passos da Santa Casa de Misericórdia de Bragança Paulista CRM: 28.411 - SP

Dr. Filadelfo Gandara M Neto Diretor Técnico Médico

Prontuário/Paciente: 000308150 - JESUEL DONIZETE ALPI | Sexo: Masculino | Nascimento: 01/11/1967

Nome social:

Profissão: OFICIAL RESERVA Registro de Atendimento: EY53860

Convênio/Plano: CLIMED/ENFERMARIA - Matrícula: 1590025900

Setor do Paciente: | Acomodação/Leito: URGEN

Acesso: CRM-177993-SP - NATALIA BARBOSA DE LIMA

## ATESTADO MÉDICO

DATA DO ATESTADO: 31-05-22 -

Nome do Acompanhante: RG: Entrada: ás - Saída: ás

#### MOTIVO:

- () ACOMPANHAMENTO FAMILIAR / OUTROS
- (X) CONSULTA
- () MARCAR / REALIZAR / RETIRAR EXAME
- ( ) ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA
- ( ) INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM : horas ALTA À PARTIR DE:
- ( ) CIRURGIA AMBULATORIAL EM :
- () OUTROS:

#### **COMUNICAMOS QUE:**

- ( ) NADA APRESENTA QUE IMPOSSIBILITE O RETORNO AO TRABALHO
- ( ) DEVERÁ PERMANECER EM REPOUSO NO PERÍODO DA MANHÃ
- ( ) DEVERÁ PERMANECER EM REPOUSO NO PERÍODO DA TARDE
- ( ) DEVERÁ PERMANECER EM REPOUSO NO PERÍODO DA NOITE
- ( ) DEVERÁ PERMANECER EM REPOUSO NO DIA DE HOJE
- (X) DEVERÁ PERMANECER EM REPOUSO POR 01 DIAS

A APOSIÇÃO DO CID(CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS) NESTE DOCUMENTO DEVERÁ NECESSARIAMENTE TER CIÊNCIA E FORMAL CONCORDÂNCIA DO PACIENTE.

CID: R520

#### **AUTORIZAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE** 

ASSINATURA DO MÉDICO

NATALIA BARBOSA DE LIMA CRM - 177993-SP

Dra. Notália Barbosa de Lima