



CÂMARA MUNICIPAL DE
GABINETE DO VEREADOR PAULO DIÓGENES
LÍDER DO PSD

FORTALEZA

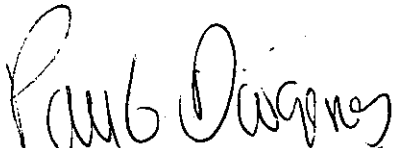
REQUERIMENTO Nº 5065 /2013

Requer que seja justificada a ausência do dia 11.11.2013 ao dia 25.11.2013, conforme atestado médico em anexo.

EXMO. SENHOR PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA :

O Vereador abaixo assinado, no uso de suas prerrogativas regimentais, solicita que após ouvido o Plenário seja justificada a ausência do mesmo, por motivos de saúde, conforme cópia do atestado médico em anexo.

DEPARTAMENTO LEGISLATIVO DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA
EM 11 DE novembro DE 2013


VEREADOR PAULO DIÓGENES
LÍDER PSD

DEPTO. LEGISLATIVO
RECEBIDO

11 NOV. 2013

12:12 h de fls. 01
Kamir
Secretário



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

O(a) Sr.(a) Paulo Oscar de Santos Diniz

compareceu a esta clínica às _____ horas para

- | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1 - Consulta _____ | <input type="checkbox"/> | 5 - Marcar Radiografia _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Acompanhar Familiar _____ | <input type="checkbox"/> | 6 - Fazer Radiografia _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Fazer exame de Laboratório _____ | <input type="checkbox"/> | 7 - Retirar Radiografia _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4 - Retirar exame de Laboratório _____ | <input type="checkbox"/> | 8 - Fisioterapia _____ | <input type="checkbox"/> |

Outrossim comunicamos que:

- a - pode voltar em seguida ao trabalho _____
- b - foi encaminhado à especialista Laboratório Radiologista
- c - deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje _____
- d - deverá ficar afastado(a) do trabalho _____ (1h) dias _____
- a contar desta data _____
- e - poderia ter se apresentado, sem faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho _____
- f - CIB _____

Proprietário

Fortaleza, 11 de _____ de 200/13

Dr. J. M. Nogueira Neves
Cirurgião
CRM 104

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1 PAA-1

Ao Dep. Pessoal

Nome: _____

- 1- Ficará afastado(a) do trabalho por _____ dias.
- 2 - Providenciar doc. p/ benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
- 3 - Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento _____

[Handwritten signature]

DEP. MÉDICO