



**CÂMARA MUNICIPAL DE
PINDORETAMA**

**LISTA DE PRESENÇA – 02ª SESSÃO SOLENE DA 03ª SESSÃO
LEGISLATIVA. Pindoretama/CE - 07/02/2023.**

| ITEM | VEREADOR | NOME | ASSINATURA | JUSTIFICATIVA |
|------|---|------------------------|------------|---------------------------|
| 1 | MARIA GORETTE CAVALCANTE BASTOS SOBRINHA | GORETTE | | |
| 2 | FRANCISCO CELIO SCIPIÃO DA SILVA | CÉLIO SCIPIÃO | | |
| 3 | LAIZ SUENIA ALENCAR RAMALHO | LAIZ SUÊNIA | | AUSENCIA JUSTIFICADA |
| 4 | FRANCISCO ALBANES MACHADO FIUZA | ALBANES FIUZA | | |
| 5 | CLEUSON CALIXTO DA SILVA | CLEUSON DA COCOTA | | |
| 6 | SILVIA DA SILVA REIS | SILVIA REIS | | |
| 7 | SABRYNA LAYS CUNHA DA ROCHA | SABRYNA ROCHA | | |
| 8 | JOSE PEREIRA DA SILVA | NEGO BOM | XXXXXX | VEREADOR(A) LICENCIADO(A) |
| 9 | NATALIA SILVA MESQUITA LIMA | NATÁLIA LIMA | | AUSENCIA JUSTIFICADA |
| 10 | MARIA ADRIANA SILVA ALBINO | ADRIANA DO MANSUETO | | |
| 11 | FRANCISCO IVANILDO SEVERINO DE LIMA | IVANILDO LIMA | | |

PODER LEGISLATIVO MUNICIPAL

Rua Pe. Antônio Nepomuceno, nº 56 – CEP 62860-000

CNPJ 02.960.694/0001-34 – (85) 3375-1820 – cpindoretama@gmail.com

Estado do Ceará

MUNICÍPIO DE PINDORETAMA



MUNICÍPIO DE PINDORETAMA

Secretaria de Saúde

MUNICÍPIO DE PINDORETAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL CENTRO DE PARTO NORMAL
DE PINDORETAMA

ATESTADO MÉDICO


ATESTADO que

ATESTADO que LAIZ SUELI A FERREIRO

Necessita de (1) 20m dias de
licença para tratamento de saúde.

CID. G43

PINDORETAMA-CE, 07 / 02 / 2023


Dr. José Diego Alves Leite
MÉDICO
CRM/CE: 25.222

Ass. e Carimbo do Médico

ATESTADO MÉDICO

Unimed 
Fortaleza

www.unimedfortaleza.com.br
Av. Santos Dumont, 949
60150-160 Aldeota, Fortaleza - CE
T. (85) 3255-3500

O(a) Sr(a) Natalia Silva Mesquita Lima
compareceu a esta clínica às _____ horas para:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1 - Consulta _____ | <input type="checkbox"/> | 4 - Cirurgia _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Acompanhar familiar <u>* filho</u> | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 - Fazer Radiografia _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Fazer exame de Laboratório _____ | <input type="checkbox"/> | 6 - Fisioterapia _____ | <input type="checkbox"/> |

Comunicamos também 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 _____ dias a contar desta data _____
- e - poderia ter se apresentado, sem faltar ao expediente ou fora do horário de trabalho _____
- f - CID _____

Ângelo Davi M. Lima

Fortaleza, 07 de fevereiro de 2023

Zélia Passarella
Pediatra
CREMEC 3322

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

Ao Dep. Pessoal

Nome: _____

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

PAA-1

PAA-1

DEP. MÉDICO