

Excelentíssimos Senhores  
Vereadores da Câmara Municipal de  
São João da Boa Vista - SP.

**PROJETO DE RESOLUÇÃO Nº 010/2017**

“Concede licença de um dia do cargo de Vereadora a Ilustríssima Senhora  
*Maria Cândida de Oliveira Costa*”

**A Câmara Municipal de São João da Boa Vista, RESOLVE:**

**Art. 1º.** Fica concedida a licença de 01 (um) dia do cargo de Vereadora a Ilustríssima Senhora *Maria Cândida de Oliveira Costa*, referente ao dia 08 de maio de 2017, conforme Atestado Médico em anexo.

**Art. 2º.** A referida licença está sendo concedida com base no artigo 22, inciso I, da Lei Orgânica do Município.

**Art. 3º.** Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

**Art. 4º.** Ficam revogadas as disposições em contrário.

Plenário Dr. Durval Nicolau, 5 de maio de 2017.

**MESA DA CÂMARA MUNICIPAL**

**Gérson Araújo Pinto**  
**Presidente**

**Fernando Bonareti Betti**  
**1º. Secretário**



## ***Câmara Municipal São João da Boa Vista***

*Estado de São Paulo*

EXCELENTÍSSIMO SENHOR  
PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE  
SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP.

Venho através deste, solicitar licença do meu cargo de Vereador no dia 08 de maio de 2017, conforme Atestado Médico em anexo.

A referida licença será concedida com base no Artigo 22, inciso I da Lei Orgânica do Município.

Plenário Dr. Durval Nicolau, 5 de maio de 2017.

**MARIA CÂNDIDA DE OLIVEIRA COSTA**  
Vereadora



## Atestado Médico

São João da Boa Vista, 05 de Maio de 2017

(a). MARIA CANDIDA DE OLIVEIRA COSTA

Data: 05/05/2017

Horário de Chegada: 05/05/2017 10:21

Horário de Saída: 05/05/2017 12:30

### Motivo de Comparecimento

☒ Consulta

☐ Acompanhamento

☐ Pai/Mãe ☐ Filho (a) ☐ Outro: \_\_\_\_\_

☐ Exames

☐ Internação Hospitalar de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

☐ Cirurgia Ambulatorial em \_\_\_\_\_

☐ Outros (Especificar) \_\_\_\_\_

Autorizo o médico assistente a registrar o CID (Código Internacional de Doenças) neste relatório de atendimento médico.

☒ Autorizo

☐ Não autorizo

Assinatura do paciente / solicitante: \_\_\_\_\_

CID: J15.9 Pneumonia bacter NE

☐ Está apto para voltar ao trabalho

☐ Deverá ausentar-se do trabalho no período ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Dia TODO

☒ Deverá afastar-se do trabalho por 07 dias.

Dr(a). LEONILDES CHAVES JUNIOR  
Médico  
CRM: 78878