



Câmara Municipal

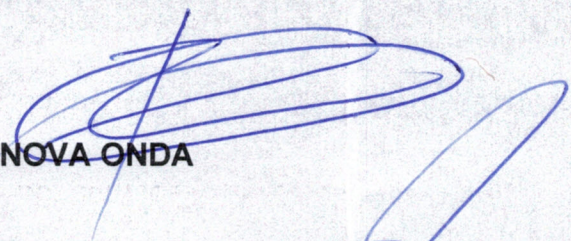
COMISSÃO DE JUSTIÇA E REDAÇÃO

Projeto de Resolução nº 21/2024 – *Da Mesa Diretora* – Concede licença de 01 (um) dia do cargo de Vereador ao Senhor Claudinei Damálio.

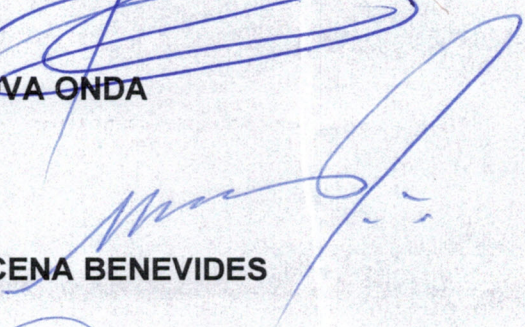
Em atenção ao referido documento, por ser legal, somos de parecer favorável à sua apreciação pelo Plenário.

PARECER PELA LEGALIDADE

Plenário Dr. Durval Nicolau, 25 de novembro de 2024.



RUI NOVA ONÇA



MERCÍLIO MACENA BENEVIDES



HELDREIZ MUNIZ



Câmara Municipal

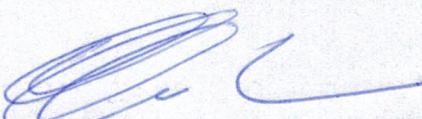
COMISSÃO DE FINANÇAS E ORÇAMENTO

Projeto de Resolução nº 21/2024 – *Da Mesa Diretora* – Concede licença de 01 (um) dia do cargo de Vereador ao Senhor Claudinei Damálio.

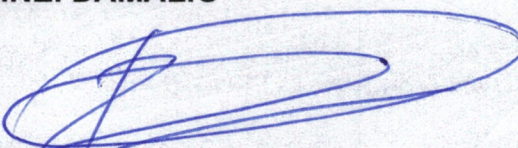
Em atenção ao referido documento, somos de parecer favorável à sua apreciação pelo Plenário.

PARECER FAVORÁVEL

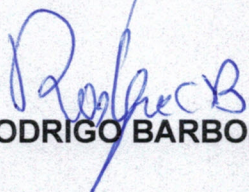
Plenário Dr. Durval Nicolau, 25 de novembro de 2024.



CLAUDINEI DAMALIO



RUI NOVA ONDA



RODRIGO BARBOSA

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

21
PROJETO DE RESOLUÇÃO Nº /2024

“Concede licença de 01 (um) dia do cargo de Vereador ao Senhor Claudinei Damálio”

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

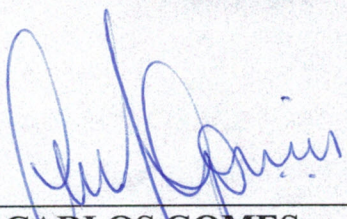
Art. 1º. Fica concedida licença de 01 (um) dia do cargo de Vereador ao Senhor **Claudinei Damálio**, com fundamento no inciso I do art. 22 da Lei Orgânica do Município, no dia 18 de novembro de 2024.

Art. 2º. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

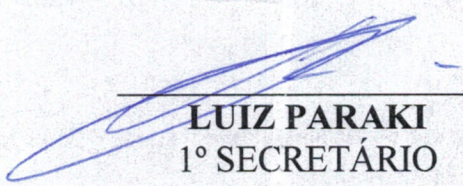
Art. 3º. Ficam revogadas as disposições em contrário.

Plenário Dr. Durval Nicolau, 18 de novembro de 2024.

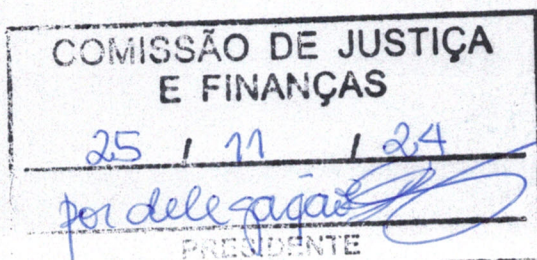
MESA DA CÂMARA MUNICIPAL



CARLOS GOMES
PRESIDENTE DA CÂMARA
MUNICIPAL



LUIZ PARAKI
1º SECRETÁRIO



APROVADO EM VOTAÇÃO ÚNICA
25 / 11 / 24
por delegação
PRESIDENTE



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, por 01(um) dia, na data de 18 de novembro de 2024, por motivo de saúde.

A referida licença será concedida com base no artigo 22, inciso I, da Lei Orgânica Municipal.

Plenário Dr. Durval Nicolau, 18 de novembro de 2024.

CLAUDINEI DAMÁLIO
VEREADORA - PP



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

1a. via = beneficiário / 2a. via = cooperado

Unimed 
Leste Paulista

www.unimedlestepaulista.com.br
Rua Cel. Ernesto de Oliveira, 735
13870-249 - Vila Conrado
São João da Boa Vista - SP
T. (19) 3638-2888

Data: 18/11/2024

Nome do paciente: _____

Código do cartão Unimed: _____

Horário de chegada: _____ Horário de saída: _____

MOTIVO DE COMPARECIMENTO:

- ☒ 1 - CONSULTA
☐ 2 - ACOMPANHANDO FAMILIAR: ☐ pai/mãe ☐ filho(a) ☐ outro: _____
☐ 3 - EXAMES
☐ 4 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE: ____/____/____ A ____/____/____
☐ 5 - CIRURGIA AMBULATORIAL EM: ____/____/____
☐ 6 - OUTROS (especificar) _____

CID: 2.54

AUTORIZO O MÉDICO ASSISTENTE A REGISTRAR O CID (CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS) NESTE RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO:

ASSINATURA DO PACIENTE / SOLICITANTE: _____

OUTROSSIM COMUNICAMOS QUE O PACIENTE: (obrigatório preenchimento pelo médico assistente)

- ☐ Está apto para voltar ao trabalho
☐ Deverá ausentar-se do trabalho no período: ☐ MANHÃ ☐ TARDE ☒ DIA TODO
☐ Deverá afastar-se do trabalho por: _____ () dias

PREENCHIMENTO INDISPENSÁVEL

Dr. João Cesar Toledo
CRM 30.264
Cirurgião Vascular e
Endovascular

CARIMBO COM CRM E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

somoscoop

Dr. Flávio R. Villar Silva
Diretor Técnico Médico
CRM 65117

ANS-nº358088



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

Unimed 
Leste Paulista

www.unimedlestepaulista.com.br
Rua Cel. Ernesto de Oliveira, 735
13870-249 - Vila Conrado
São João da Boa Vista - SP
T. (19) 3638-2888

Data: 18/11/2024

Nome do paciente: _____

Código do cartão Unimed: _____

Horário de chegada: _____ Horário de saída: _____

MOTIVO DE COMPARECIMENTO:

- ☒ 1 - CONSULTA
☐ 2 - ACOMPANHANDO FAMILIAR: ☐ pai/mãe ☐ filho (a) ☐ outro: _____
☐ 3 - EXAMES
☐ 4 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE: ____/____/____ A ____/____/____
☐ 5 - CIRURGIA AMBULATORIAL EM: ____/____/____
☐ 6 - OUTROS (especificar) _____

CID: 2.54

AUTORIZO O MÉDICO ASSISTENTE A REGISTRAR O CID (CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS) NESTE RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO:

ASSINATURA DO PACIENTE / SOLICITANTE: _____

OUTROSSIM COMUNICAMOS QUE O PACIENTE: (obrigatório preenchimento pelo médico assistente)

- ☐ Está apto para voltar ao trabalho
☐ Deverá ausentar-se do trabalho no período: ☐ MANHÃ ☐ TARDE ☒ DIA TODO
☐ Deverá afastar-se do trabalho por: _____ () dias

PREENCHIMENTO INDISPENSÁVEL:
Dr. Julio Cesar Toledo
CRM 80.264
Cirurgião Vascular e
Endovascular

CARIMBO COM CRM E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

somoscoop

Dr. Flávio R. Villar Silva
Diretor Técnico Médico
CRM 65117

ANS-nº358088