

REQUERIMENTO Nº 138/2025

Solicita ratificação da licença do exercício do mandato por motivo de moléstia.

Senhor Presidente,

Ouvido o Doutro Plenário, requiero a V. Ex^a, nos termos do inciso I e do § 1º do art. 21 da Lei Orgânica do Município, a ratificação da licença do exercício do meu mandato, por 15 (quinze) dias, a partir do dia 6-5-2025, por motivo de moléstia (CID-S82), conforme atestado médico expedido pelo Dr. Gerson de Andrade Souza, CRM 47.122- Ortopedia e Traumatologia (cópia anexa).

Santa Isabel, 7 de maio de 2025.

JAIRO FURINI NETO
Vereador



GOT - Ortopedia e Traumatologia

Rua Maria Tereza, 128 - Jardim Santa Mena - Guarulhos - SP

Fones: 2441-2397 / 2441-2398 / 2087-3334

www.got-ortopedia.com.br

JAIRO FURINI NETO

Comprovante de Atendimento Médico

Empresa:

Horário de Cheg: Saída:

- ☒ (X) Afastamento do Trabalho POR 15 QUINZE DIAS
- ☐ () Acidente de Trabalho - encaminhar o paciente ao A. T.
- ☐ () Consulta Médica.
- ☐ () Acompanhamento Familiar.
- ☐ () Incapacitado ao Trabalho hoje.

Obs.:

CID: S 82

Dr. Gerson de Andrade Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 47.122

Guarulhos, 06/05/2025 14:33:14

DR. GERSON DE ANDRADE SOUZA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
47122

Digitalizado com CamScanner



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: CCBE-7631-8B6A-C6F3

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



JAIRO FURINI NETO (CPF 416.XXX.XXX-63) em 12/05/2025 15:58:28 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cmsantaisabel.1doc.com.br/verificacao/CCBE-7631-8B6A-C6F3>