REQUERIMENTO Nº 418/2026

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

Senhor Presidente,

Ouvido o Plenário, requeiro a V. Exª, 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 7 (sete) dias, do dia 27-10-2026 ao dia 2-11-2026, por motivo de doença, conforme atestado médico expedido pela Drª. Maria Caridad Morales Gonzales, CRM 3504654/SP (cópia anexa).

Santa Isabel, 27 de outubro de 2026.

JOSÉ MARTINS DE OLIVEIRA ALVES

Vereador

Assinado por 1 pessoa: JOSE MARTINS DE OLIVEIRA ALVES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cmsantaisabel.1doc.com.br/verificacao/7536-6C26-DE4C-1523 e informe o código 7536-6C26-DE4C-1523

27/10/2026 08:21

CMDPRO FOR HEALTH

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTA ISABEL - SP
ESF VILA GUILHERME (3339289)
RUA JAPÃO, 844 VILA GUILHERME - SANTA ISABEL - SP, CEP:07500000
TEL: (11) 4858-3504

ATESTADO MÉDICO

NOME COMPLETO JOSÉ MARTINS DE OLIVEIRA ALVES		**CNS** 706202055399960	**PROTOCOLO** **2026GCON/263116**
DT NASC (IDADE) 24/08/1979 (47 ANOS)	**SEXO** MASCULINO	**RG/CPF** 3.362.278-2 / 290.271.458-06	**TELEFONE** 11997025873
NOME DO PAI MIGUEL MARTINS DE OLIVEIRA		**NOME DA MAE** MILTAN BENEDITA OLIVEIRA	**RAÇA/COR** 01 - BRANCA

ENDEREÇO:
RUA ELOAH CABRAL SAUEIA, 30 PARQUE SANTA TEREZA, SANTA ISABEL - SP - 07500000

Atesto que o(a) paciente **JOSÉ MARTINS DE OLIVEIRA ALVES** portador do CPF Nº **290.271.458-06**, necessita de **7(SETE)** dia(s) de afastamento a partir de **27/10/2026** até **02/11/2026**, por motivo de doença.

Solicito e autorizo a inclusão do CID no Atestado.

ASSINATURA DO SEGURADO

CID: M549

Dr.ª Maria Geraldo Morales Gonzalez
R.M.S. 95048/54/SP

ASSINATURA E CARIMBO(NºCRM/CRO)

Assinado por 1 pessoa: JOSE MARTINS DE OLIVEIRA ALVES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cmsantaisabel.1doc.com.br/verificacao/7536-6C26-DE4C-1523 e informe o código 7536-6C26-DE4C-1523

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 7536-6C26-DE4C-1523

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

JOSE MARTINS DE OLIVEIRA ALVES (CPF 290.XXX.XXX-06) em 27/10/2026 15:23:48 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/7536-6C26-DE4C-1523