



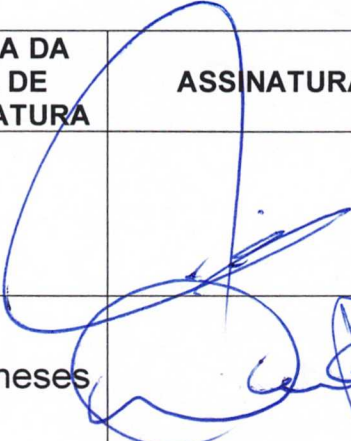

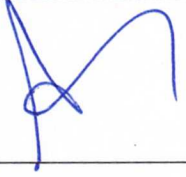


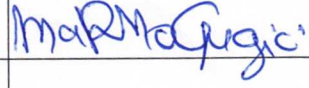




Câmara Municipal de Urânia

CNPJ 51.842.185/0001-12

email:- cmurania@gmail.com - Tel.: (17) 3634-1177

Avenida Presidente Kennedy nº 1.474 - Cx Postal 02 - CEP 15.760-000 - Urânia - SP

LIVRO DE REGISTRO DE PRESENÇA DOS SENHORES VEREADORES DA REUNIÃO ORDINÁRIA

Nº DE ORDEM	4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE URÂNIA, DA XV LEGISLATURA	ASSINATURA	HORÁRIO DE CHEGADA	REALIZADA 20/03/2023
01	Célio Moreira		<u>18 : 35</u> hrs	Visto:
02	David Rodrigues Meneses		<u>18 : 28</u> hrs	<u>19 : 00</u> hrs
03	José Amauri Pinheiro da Silva		<u>18 : 22</u> hrs	 David Rodrigues Meneses 1º Secretário
04	Márcia Fatima Alves da Silva	Atestado	___ : ___ hrs	
05	Marcos José Vituri		<u>18 : 20</u> hrs	
06	Maria Ribeiro de Novaes Gregio		<u>18 : 23</u> hrs	Visto: <u>21 : 11</u> hrs
07	Marinete Munhoz Borges Saracuzá		<u>18 : 49</u> hrs	 David Rodrigues Meneses 1º Secretário
08	Rodrigo Luiz de Oliveira Mota		<u>18 : 31</u> hrs	
09	Katia Cristina Siebra		<u>18 : 19</u> hrs	



**SANTA
CASA**
URÂNIA - SP

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE URÂNIA

CNPJ: 51.845.782/0001-09

Rua da Glória, nº 218 - Bairro Nossa Senhora de Fátima - CEP 15 760-000

Fone: (17) 3634-1299

ATESTADO MÉDICO

Horário de Chegada: 18:09 Horário de Saída: 19:00

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) Marcia fatima
Alves da Silva RG nº 25.128.419-0, compareceu

a este Serviço de Saúde para:

Consulta

Acompanhamento Familiar

Marcação de Exames /Fazer ou Retirar

Observação até 24 horas

Internação Hospitalar de ___/___/___ à ___/___/___

Pequena Cirurgia em ___/___/___ à ___/___/___

Outros - Especificar: _____

Nada apresenta que impossibilite o retorno ao trabalho.

Deverá permanecer em repouso no período da manhã.

Deverá permanecer em repouso no período da tarde.

Deverá permanecer em repouso no dia de hoje.

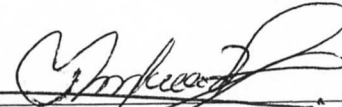
Deverá permanecer em repouso por: _____ (_____) dias.

OBS: A aposição do CID (Código Internacional de Saúde) neste formulário deverá necessariamente ter ciência e formal concordância do paciente.

CID
J02

Autorização do paciente

Assinatura: _____


Dra. Lais A. Matiazzi
MÉDICA
CRM-SP/235.951

Local: Urânia

Data: 20/03/23

Assinatura e Carimbo/CRM do Médico