

*Congonhas*

CÂMARA MUNICIPAL

Casa do Legislativo Vereador Énio da Gama



**MEMORANDO CMC/SECLEG 009/2024**

**De : Secretaria do Legislativo**  
**Para : Gabinete Vereador Vanderlei Eustáquio - Presidente da Comissão do Pró-Vida**

Exmo. Sr. Vereador,

Encaminhamos para conhecimento e análise de V. Exa. Atestado Médico de Renata Souza Coelho Gerônimo, protocolado nesta Casa Legislativa em 01 de Abril de 2024, às 10h49.

Atenciosamente,

Câmara Municipal de Congonhas, 01 de abril de 2024.

*Márcia*  
**Secretaria do Legislativo**  
**Câmara Municipal de Congonhas**

Recebido em 01 /04/2024.

*D. Elenia*  
Assinatura por extenso

**CMC/RC**

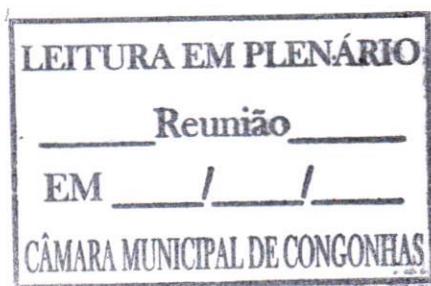
**Câmara Municipal de Congonhas**

Rua Dr. Pacífico Homem Júnior, 82, Centro, **Congonhas/MG** – Telefone: (31) 3731-1840 – E-mail: camara@congonhas.mg.leg.br  
[www.congonhas.mg.leg.br](http://www.congonhas.mg.leg.br)

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO ESPECIAL DE INQUÉRITO DA CÂMARA MUNICIPAL DE CONGONHAS/MG



REF: Resposta ao Ofício nº 016/2024 -CEI – Associação Provida



RENATA SOUSA COELHO GERONIMO, inscrita no CPF sob o Nº 078.425.156-89, COORDENADORA, venho, respeitosamente informar que no momento não posso comparecer a Câmara Municipal de Congonhas na data do dia 01 de ABRIL de 2024 em razão do ATESTADO MÉDICO QUE SEGUE EM ANEXO, considerando o momento coloca-me a disposição em data oportuna para meu comparecimento.

Atenciosamente,

RENATA SOUSA COELHO GERONIMO  
078.425.156-89

Câmara Municipal de Congonhas



PROTOCOLO GERAL 1204/2024  
Data: 01/04/2024 - Horário: 10:49  
Administrativo

Atestado no dia 10/04/2024



**Secretaria Municipal de Saúde  
CONGONHAS/ SUS – MG**



**ATESTADO MÉDICO – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H**

Nome: *Thereth Senna Coelho Guarno*

Registro:

C.N.S

(  ) Atesto que o paciente acima esteve neste serviço de saúde, nesta data \_\_\_\_\_.

(  ) Atesto que o paciente acima necessita de afastar-se de suas atividades profissionais, escolares ou habituais por 01 dias a partir de 01/04/24.

(  ) Licença Maternidade a partir de \_\_\_\_\_, encontrando-se na semana de gestação.

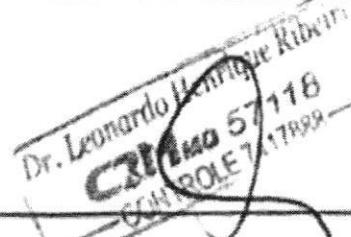
CID 10 (Opcional): A09.

EU \_\_\_\_\_, autorizo o

Dr. \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste Atestado Médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável.

Congonhas, 31 de 03 de 24



Assinatura do Médico e Carimbo