



CÂMARA MUNICIPAL

Casa do Legislativo Vereador Ênio da Gama



MEMORANDO CMC/SECLEG 009/2024

De : Secretaria do Legislativo

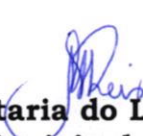
Para : Gabinete Vereador Vanderlei Eustáquio - Presidente da Comissão do Pró-Vida

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.


Secretaria do Legislativo
Câmara Municipal de Congonhas

Recebido em 01/04/2024.

Assinatura por extenso

CMC/RC

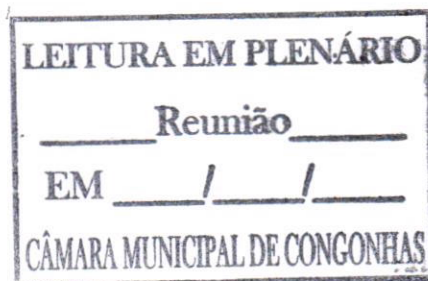
Câmara Municipal de Congonhas

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

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 12/2024



Secretaria Municipal de Saúde
CONGONHAS/ SUS – MG



ATESTADO MÉDICO – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H

Nome:

Therese Sousa Coelho Bruno

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 ____ 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*



Dr. Leonardo Henrique Ribeiro
CRI *57118*
CON.ROLE 17899

Assinatura do Médico e Carimbo