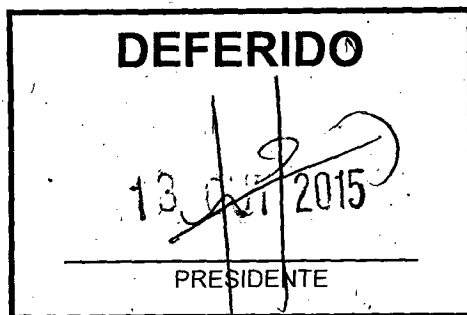




RDS
1691/2015

JUSTIFICAÇÃO DE FALTA

Senhor Presidente,

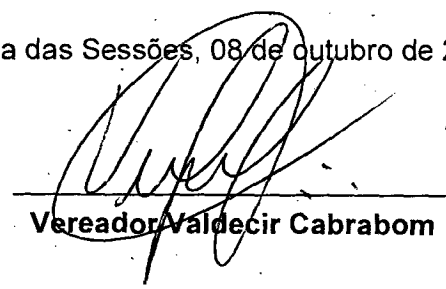
REQUEIRO a justificação da(s) falta(s) ocorrida(s) em 29/09/2015, por motivo de:

- **DOENÇA, nos termos do art. 111, § 1º do Regimento Interno**

Declaro estar ciente que:

- 1) A justificação por motivo de **DOENÇA** será necessariamente instruída com atestado médico, cujo profissional deve ser estranho aos quadros dos servidores municipais, conforme art. 112, § 3º, "a" do Regimento Interno;
- 2) A justificação por motivo de **GALA**, de até 8 (oito) dias, será necessariamente instruída com cópia da certidão de casamento;
- 3) A justificação por motivo de **NOJO** será necessariamente instruída com cópia da certidão de óbito e perdurará:
 - a) Por até 8 (oito) dias, no caso de falecimento de cônjuge, companheiro, pais, irmãos ou filhos, inclusive natimorto;
 - b) Por até 2 (dois) dias, no caso de padrasto, madrasta, sogro, sogra e cunhados(as).
- 4) A justificação por motivo de **DESEMPENHO DE MISSÃO OFICIAL** da Câmara Municipal, pelo período do evento, será necessariamente instruída com a designação do Vereador para representar a Edilidade Paulistana no evento;
- 5) **OUTROS MOTIVOS** para justificação de falta não expressos no Regimento Interno serão analisados pelo Presidente (por exemplo: convocação para servir como jurado ou testemunha pelo Poder Judiciário etc), devidamente instruídos, quando for o caso, por comprovante.
- 6) Para fins de remuneração, a justificação de falta não implicará em desconto, conforme art. 124 do Regimento Interno.

Sala das Sessões, 08 de outubro de 2015


Vereador Valdecir Cabrabom



Hospital do Coração

HCor

Associação do Sanatório Sírio

Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 123 / 147
04004-030 Paraíso São Paulo SP
PABX 11 3053 6611 / Fax 11 3887 3363
Pronto Socorro 11 3889 9944 / Fax 3889 9944 r: 3048
www.hcor.com.br / hcor@hcor.com.br

☐ **DECLARAÇÃO**

☒ **ATESTADO MÉDICO**

Para os devidos fins, informamos que o(a) paciente, Sr(a).
Valdecia Ap. do Nascimento foi atendido(a)
em nosso **Pronto Socorro**, no dia 29/09/15, até o dia 29/09/15,
das 11 : 30 hs às 21 : 00 hs.

☐ Acompanhado pelo(a) Sr(a). _____

EM CASO DE ATESTADO MÉDICO, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO

Diagnóstico: Dor Torácica

CID: R07.4

ESTANDO:

- ☐ Apto a retornar ao serviço
- ☐ Necessitando de cuidados maternos
- ☐ Necessitando de repouso no dia de hoje
- ☒ Necessitando de repouso por 03 (Três) dias
- ☐ Com indicação de _____
- ☐ Acompanhado pelo Sr(a) _____
- ☐ _____

Dr. Giovanna N. Pinto
Cl. Médica - CRM: 11.111
Assinatura e Carimbo