



**APROVADO**  
**EM 06/04/2026**  
**Presidência da Câmara**  
**Municipal de Pereiro - CE**

**CÂMARA MUNICIPAL DE PEREIRO**  
**ESTADO DO CEARÁ**  
**O LEGISLATIVO À SERVIÇO DO POVO DESDE 21 DE NOVEMBRO DE 1842**

Requerimento nº 003/2026

Pereiro, 06 de abril de 2026.

Excelentíssimo Senhor Presidente da Câmara Municipal de Pereiro - CE  
Luciano Martins Santos

O Vereador subscrevente, no uso de suas prerrogativas e visando atender o que exige a Lei Municipal nº 593/08, de 29 de setembro de 2008, em seu artigo 2º, §§ 1º e 2º, vem justificar sua ausência nas Sessões Ordinária datada de 23/03/2026 e 30/03/2026, em virtude de está se recuperando de processo cirúrgico. Caso a justificativa seja aceita pelos nobres parlamentares, requer ainda, que aprovado, façam-se os devidos registros em Ata, bem como no Livro de Presença dos Vereadores.

Segue em anexo o devido atestado.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Pereiro, em 06 de abril de 2026.

Diassis Pinheiro

Vereador Requerente



# ATESTADO MÉDICO



www.unimedfortaleza.com.br  
Av. Visconde do Rio Branco, 4000  
CEP: 60055-172  
São João do Tauape - Fortaleza - CE  
T.: (85) 3277.7000

O(a) Sr(a) Francisco de Assis Cornelio Pinheiro  
compareceu a esta clínica às \_\_\_\_\_ horas para:

- 1 - Consulta \_\_\_\_\_
- 2 - Acompanhar familiar \_\_\_\_\_
- 3 - Fazer exame de Laboratório \_\_\_\_\_
- 4 - Cirurgia \_\_\_\_\_
- 5 - Fazer Radiografia \_\_\_\_\_
- 6 - Fisioterapia \_\_\_\_\_

Comunicamos também que:

- a - pode voltar em seguida ao trabalho \_\_\_\_\_
- b - foi encaminhado à especialista \_\_\_\_\_
- c - deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje \_\_\_\_\_
- d - deverá ficar afastado(a) do trabalho 15 dias a contar desta data \_\_\_\_\_
- e - poderia ter se apresentado, sem faltar ao expediente ou fora do horário de trabalho \_\_\_\_\_
- f - CID M 75.1 \_\_\_\_\_

Fortaleza, 18 de Março de 2016

Dr. Renato F. Fontenelle  
Cirurgião do Ombro e Cotovelo  
CRM: 7278

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA \_\_\_\_\_  
 PAA-1  PAA-1

Ao Dep. Pessoal

- Nome: \_\_\_\_\_
- 1 - Ficará afastado(a) do trabalho por \_\_\_\_\_ dias.
  - 2 - Providenciar documento para benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
  - 3 - Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento \_\_\_\_\_

DEP. MÉDICO

