



## **Câmara Municipal de Guairá** **Estado de São Paulo**

Rua 16, nº 1.245 | Bairro Maracá | Caixa Postal 9 | Guairá-SP | 14790-000  
www.camara-guaira.sp.gov.br | camaraguaira@netsite.com.br  
Fone/Fax: (17) 3331-2220

### **REQUERIMENTO N.º 34, DE 28 DE ABRIL DE 2.026.**

**MARIA ADRIANA BARBOSA DE OLIVEIRA GOMES, VEREADORA À CÂMARA MUNICIPAL DE GUAÍRA, USANDO DAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS QUE LHE SÃO CONFERIDAS, VEM REQUERER O SEGUINTE:**

REQUEIRO à Mesa, mediante a deliberação do Plenário, na forma regimental, a concessão de licença de 02 dias de meu cargo de Vereadora para a realização de tratamento de saúde, a ser gozada a partir do dia 28 de abril de 2026.

Tal licença é comprovada por atestado médico em anexo ao presente requerimento.

Nestes Termos.  
Solicita o apoio do Plenário

Sala Cap. José Custódio de Léllis e Silva, 28 de abril de 2026.

**MARIA ADRIANA BARBOSA DE OLIVEIRA GOMES**  
Vereadora



# Câmara Municipal de Guairá

## Estado de São Paulo

Rua 16, nº 1.245 | Bairro Maracá | Caixa Postal 9 | Guairá-SP | 14790-000  
www.camara-guaira.sp.gov.br | camaraguaira@netsite.com.br  
Fone/Fax: (17) 3331-2220

### Assinaturas Digitais

O documento acima foi proposto para assinatura digital na Câmara Municipal de Guairá-SP. Para verificar as assinaturas, clique no link:

<https://guaira.siscam.com.br/documentos/autenticar?chave=7BH6S65MNWA180H3> ,

ou vá até o site <https://guaira.siscam.com.br/documentos/autenticar> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido:

**Código para verificação: 7BH6-S65M-NWA1-80H3**

Maria Adriana Barbosa de  
Oliveira Gomes:16215593869



DR. MARCELO SUZUKI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## ATESTADO MÉDICO

NOME: Mauro Adriano Barbosa de Oliveira Gomes

### Atestado de Comparecimento

Compareceu à clínica das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas pelo motivo de:

- (  ) Consulta médica.  
( ) Acompanhar familiar.  
( ) Outros. (especificar): \_\_\_\_\_

### Atestado Médico

- ( ) Retorno às atividades após a consulta.  
( ) Consulta com afastamento no dia de hoje.  
(  ) Devido permanecer em repouso pelo prazo de 02 ( dois ) dias a partir de: 28 / 04 / 2026.

Obs: \_\_\_\_\_

### Autorização

CID: M727

Autorizo a divulgação do CID (Código Internacional e Estatístico de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) correspondente à doença que gerou este atestado.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Data: 28 / 04 / 2026

Identidade (RG)

Dr. Marcelo S. Matushita  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SP 185723

Assinatura ou Carimbo do Informante

Avenida 17, nº 1048 | Centro, Guaíra - SP (17) 3331-8852 / 99977-3608

@drmarcelosuzuki.ortopedia marcelomatushita@gmail.com