



Palácio Legislativo Água Grande

Câmara Municipal
Estância Turística de Paraguaçu Paulista

REQUERIMENTO Nº 162/2017 - 50

Apresenta justificativa de falta à 3ª Reunião Ordinária da CPUOPS, realizada em 10 de novembro de 2017, para acompanhar meu filho em consulta médica na cidade de Marília.

Excelentíssimo Senhor
IAN FRANCISCO ZANIRATO SALOMÃO
Presidente desta Câmara Municipal,

RICARDO IBRAM VALARELLI, Vereador desta Câmara Municipal, nos termos do §2º, do art. 321 do Regimento Interno da Casa, vem mui respeitosamente perante o douto Plenário, a fim de, tempestivamente, apresentar justificativa de falta à 3ª Reunião Ordinária da Comissão de Planejamento, Uso, Ocupação e Parcelamento do Solo - CPUOPS, realizada em 10 de novembro de 2017, às 13h e, **REQUERER** a sua anuência pois tive que acompanhar meu filho em consulta com a Dra. Katia Burle dos Santos Guimarães na cidade de Marília – S.P., em conformidade com declaração anexa.

Justifica que o motivo da falta atende o previsto no inciso I, do art. 321 do Regimento Interno.

Palácio Legislativo Água Grande, 13 de novembro de 2017.

RICARDO IBRAM VALARELLI
Vereador

CM Paraguaçu Paulista

Protocolo Data/Hora
24.446 14/11/2017 08:15:02
Responsável:

DRA. KATIA BURLE DOS SANTOS GUIMARÃES

PSQUIATRA - PSQUIATRA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
PSICANALISTA MEMBRO DA SBPSP E DA IPA

Marília, 10 de novembro de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Dr. Ricardo Ibraim Varalelli esteve na tarde de hoje, das 14:20 às 16:30, acompanhando seu filho RICARDO CHIARA VALARELLI a consulta médica, sob meus cuidados.

Dra. Katia Burle dos Santos Guimarães
Médica Psiquiatra
CPF. 093.695.078-17 - CRM/SP 53400
Rua Silvio Marinho, 47 - Marília - SP.
DRA. KATIA BURLE DOS SANTOS GUIMARÃES
CRM/SP 53400

RUA SILVIO MARINHO, 47 - CEP.: 17.516-020 - MARÍLIA - SP - BRASIL
FONE 55 14 3422-3466 - Cel. 55 14 99740-0646 - katiabg@terra.com.br

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME _____
IDENT. _____ ÓRGÃO EMISSOR _____
ENDEREÇO _____
CIDADE _____ UF _____
FONE _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME _____

DATA _____