

CÂMARA MUNICIPAL DE OLIVEIRA DOS BREJINHOS

Avenida Eng. Antônio Leite do Vale, 349 – Centro.

Oliveira dos Brejinhos – Bahia

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE OLIVEIRA DOS BREJINHOS, ESTADO DA BAHIA.

PAULINO ROMÃO TEIXEIRA, brasileiro, solteiro, portador da Cédula de Identidade RG n.º 08618526 80 – SSP/BA e do CPF/MF n.º 269.074.008-71, residente e domiciliado na Rua do Alto, s/nº, Povoado de Bom Sossego – Zona Rural, município de Oliveira dos Brejinhos/BA, vereador membro do Poder Legislativo Municipal, no uso de suas atribuições dispostas na Lei Orgânica do Município, e no Regimento Interno desta Casa Legislativa, vem, perante Vossa Excelência, apresentar **PEDIDO DE LICENÇA por motivo de saúde**, pelas razões de fato a seguir expostas:

O presente pedido justifica-se devido ao diagnóstico de psoríase cutânea e artropática. Doença genética crônica e progressiva que limita as atividades laborativas, pois se trata de doença auto-imune que está completamente atrelada ao lado emocional, incompatível com as atividades no legislativo, conforme se verifica pelos relatórios médicos anexos, necessitando assim de afastamento temporário de minhas atividades nesta Casa Legislativa enquanto perdurar o tratamento da enfermidade – CID: MO7.0; L40.

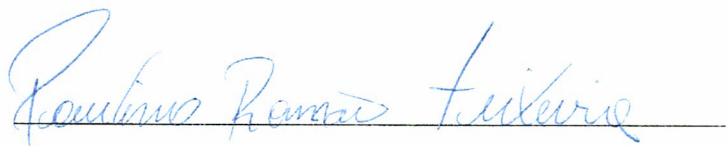
Tal pedido tem previsão legal nos termos da Lei Orgânica no art. 43 e seus incisos, bem como no Regimento Interno desta Casa Legislativa, no ser art. 7º e incisos, que permite ao Vereador licenciar-se por motivos de saúde devidamente comprovados.

Isto posto, vem perante Vossa Excelência requerer a concessão de Licença para realização de tratamento de saúde, me afastando assim temporariamente das atividades de vereador nesta casa Legislativa, enquanto o referido tratamento de saúde perdurar.

Nestes termos,

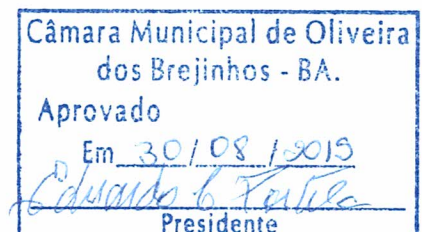
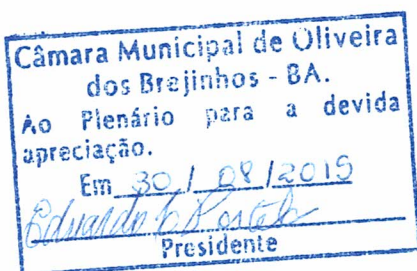
Pede encaminhamento.

Oliveira dos Brejinhos/BA, 27 de agosto de 2019.



Paulino Romão Teixeira.

Vereador.





ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARREIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nome:

Paulus Romão Tuxino

End.:

Data:

19 / 08 / 19

Atestado Médico

Atesto para devidos fins que o paciente acima
referido deve ausentar-se de suas atividades
laborais por período de quinze (15) dias por
motivo de doença.

ass: MOTO

MÉDICO - CRM