PUBLICAÇÃO
SEMANÁRIO OFICIAL ELETRÔNICO
Câmara Municipal de Cabedelo-PB
De — a 22/09/2025
VISTO

ESTADO DA PARAÍBA
CÂMARA MUNICIPAL DE CABEDELO
"Casa Vereadora Graça Rezende"

ATO DO PRESIDENTE N° 032/2025

Concede licença por motivo de saúde ao Vereador Evilásio Cavalcanti", e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE CABEDELO (PB), no uso de suas atribuições legais e regimentais, com fulcro no art. 39, inciso I, da Lei Orgânica Municipal c/c com o art. 22, inciso II, § 1° do Código de Ética e Decoro Parlamentar (Resolução n° 159/2006);

Considerando os termos do Requerimento n° 603/2025, do Vereador Evilásio Cavalcanti, aprovado pelo Plenário na Sessão Ordinária do dia 16 de setembro do corrente ano;

R E S O L V E:

Art. 1º Fica concedido "Licença por Motivo de Saúde" ao **Vereador Evilásio Cavalcanti**, pelo prazo de 60 (sessenta) dias, correspondente ao período de 15 de setembro a 13 de novembro do corrente ano.

Art. 2º Este Ato entra em vigor na data de sua publicação, com efeito retroativo a 15 de setembro do corrente ano.

Cabedelo (PB), 17 de setembro de 2025.

Ver. EDVALDO NETO
PRESIDENTE

RECEBIDO EM 16/09/2025
PLENÁRIO
CÂMARA MUNICIPAL DE CABEDELO
PRESIDENTE

ESTADO DA PARAÍBA
CÂMARA MUNICIPAL DE CABEDELO
"Casa Vereadora Graça Rezende"

REQUERIMENTO Nº 603/2025
(Do Vereador Evilásio Cavalcanti)

APROVADA
PLENÁRIO
Em: 16/09/2025
Presidente

Senhor Presidente,

REQUEIRO a Vossa Excelência, na forma regimental e após ouvido o Plenário, com fundamento no art. 39, inciso I, da Lei Orgânica Municipal, combinado com o art. 22, inciso II, § 1° do Código de Ética e Decoro Parlamentar (Resolução n° 159/2006), que lhe seja concedido ***60 (sessenta) dias*** de ***"licença por motivo de saúde"*** no período de 15 de setembro a 13 de novembro de 2025, conforme Atestado Médico, exarado pelo Médico, Dr. Hercules Nogueira – CRM 8913-PB, em anexo.

Cabedelo (PB), 16 de setembro de 2025.

EVILÁSIO CAVALCANTI
Vereador

Dr. Hécules Nogueira
CRM-PB 8913

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, e a pedido do(a) interessado(a), que Evilasio Cavalcanti Rte, portador(a) do RG Nº _____ compareceu neste serviço de Saúde, onde foi submetido(a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ às _____ horas, sendo portador(a) da infecção CID-10 F41 + F43.1, necessitando, por isso, ausentar-se de suas atividades laborais por um período de 60 (Sessenta) dia(s), a partir desta data.

João Pessoa, 15/09/25.

CPF 010 860 264 89

Dr. Hercules Nogueira
CRM - PB 8913
Assinatura e carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o Dr. _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10, ou por extenso, neste atestado médico.

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável

Av. Flávio Ribeiro Coutinho, 500 - 8º Andar
Sala 830 - Livmall - Manaíra
Telefone: (83) 2179-4549 / (83) 99851-5460