



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**CONCEIÇÃO DO CASTELO**  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

|                   |                 |                            |                            |
|-------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|
| N.º do Processo   | Nº do Protocolo | Data do Protocolo          | Data de Elaboração         |
| <b>10283/2025</b> | <b>655/2025</b> | <b>18/08/2025 13:10:29</b> | <b>18/08/2025 13:10:29</b> |

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**30/2025**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**ANDREIA DALBÓ**

Ementa:

Requer que seja justificadas minhas ausências nas Sessões Ordinárias e nas reuniões das Comissões Permanentes, a serem realizadas no período de 12/08/2025 a 22/08/2025, tendo em vista que nestes dias necessito de afastamento para cuidados médicos, conforme atestado médico em anexo.

