



*Câmara Municipal de Mogi das Cruzes*  
*Estado de São Paulo*

Av. Vereador Narciso Yague Guimarães, 381 - CEP: 08780-902 - Fone: 4798-9500- Fax: 4798-9583  
E-mail: cmmc@cmmc.sp.gov.br

**REQUERIMENTO Nº 075/2015.**

APROVADO POR UNANIMIDADE  
Sala das Sessões, em 28/04/2015

2.º Secretário

**Colendo Plenário**

**REQUEIRO** à mesa, obedecidas às formalidades regimentais e ouvindo o Douto Plenário, a justificativa de minha ausência nas Sessões Ordinárias realizadas nos dias 14 e 15 de Abril no Plenário desta Edilidade, conforme atestado médico anexo.

**Plenário Ver. Dr. Luiz Beraldo de Miranda, 22 de Abril de 2015.**

**CARLOS LUCAREFSKI**  
**VEREADOR**



0170-2240015 15:20

ao H. Santana

Favor internar o  
paciente Carlos Lucas K.  
no dia 10/04/15 às 8:00h.  
aos cuidados do CC.

01. Duto 3ro
02. Lupa Externa
03. Tomografia mandibular
04. CC A

Drª Adriana Bassani Nassri  
CRM: 26666

17/03/15