



JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA PARLAMENTAR Nº ____/2025

Ofício n.º ____/2025

Uruguaiana, 22 de dezembro de 2025.

A Sua Excelência o/a Senhor (a)
Ver. Joalcei Gonçalves
Presidente do Legislativo
Nesta

Assunto: **Justificativa de Ausência**

Senhor(a) Presidente,

Uso do presente para justificar minha ausência na Reunião Ordinária do dia 02/12/2025, 09/12/2025 e extraordinária do dia 18/02/2025, conforme atestados em anexo.

Vera. Manoela Couto
Partido PDT





ATESTADO ODONTOLÓGICO

Regulamentado pela lei nº 5081
de 24.08.66 e 6.215 de 30.06.75

Atesto, para fins TRANSHIS,
a pedido, que Monique Couto RG nº ~
residente e domiciliado (a) à ~
estevo sob tratamento odontológico neste consultório, o período da 11:00 às 12:00 horas
do dia 02/12/25, necessitando o (a) mesmo (a) de un QSO.
(6h) dias de repouso.

Obs.: _____

C.I.D. _____

02/12/25.
Dra. Laura Vebber
Ortognà Dentista
CRO/RS 29834
VIP ODONTOLOGIA
carimbo e assinatura

Autorização do paciente ou seu representante legal



ATESTADO ODONTOLÓGICO

Regulamentado pela lei nº 5081
de 24.08.66 e 6.215 de 30.06.75

Atesto, para fins de tratamento,
a pedido, que Flávia Paula Carvalho RG nº 2
residente e domiciliado (a) à Rua das Flores, 120, Vila Olímpia, São Paulo, SP, 04500-000
esteve sob tratamento odontológico neste consultório, o período da 11h00 às 12h00 horas
do dia 08/12/2025, necessitando o (a) mesmo (a) de banho e vestimenta.
(01) dias de repouso.

Obs.: _____

—

C.I.D. _____

<p>Autorização do paciente ou seu representante legal</p>	<p><i>08/12/15</i> Dra. Laura Vebber Cirurgia Dentista CRO/RS 29834</p>	<p>VIP ODONTOLOGIA carimbo e assinatura</p>
---	--	---

Assinado por 1 pessoa: MANOELA ROSA COUTO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <http://>





ATESTADO ODONTOLÓGICO

Regulamentado pela lei nº5081
de 24.08.66 e 6.215 de 30.06.75

Atesto, para fins Trançalhista

a pedido, que Manoela Couto

RG nº

residente e domiciliado (a) à

esteve sob tratamento odontológico neste consultório, o período da

do dia 18/12/25, necessitando o (a) mesmo (a) de 16:30 às 18:20 horas
(01) dias de repouso.

Obs.:

C.I.D.

Autorização do paciente ou seu
representante legal

18/12/25.
LUAN FERON GONÇALVES
CRURGIO DENTISTA
CRO/RS 32984

VIP ODONTOLOGIA
carimbo e assinatura





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: CA40-1C13-7033-0CE4

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ MANOELA ROSA COUTO (CPF 003.XXX.XXX-70) em 22/12/2025 11:23:07 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cmuruguaiana.1doc.com.br/verificacao/CA40-1C13-7033-0CE4>