



| N.º do Processo  | Nº do Protocolo  | Data do Protocolo          | Data de Elaboração         |
|------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>1619/2024</b> | <b>1675/2024</b> | <b>01/07/2024 16:30:59</b> | <b>01/07/2024 16:30:59</b> |

Tipo

**SOLICITAÇÃO**

Número

**777/2024**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPARI**

Ementa:

Apresenta cópia de atestado médico conforme anexo. CPI Resposta à intimação do servidor citado.

