



# Câmara Municipal

## da Estância Turística de Ibitinga - SP

- Capital do Turismo



### OFÍCIO

**ASSUNTO: Presta conhecimento a respeito do não comparecimento deste signatário à Sessão Extraordinária ocorrida no Plenário desta Casa de Leis, às 16h30 do dia 22 de julho de 2019.**

Autoria: Vereador Marco Antônio da Fonseca

Destinatário: José Aparecido da Rocha – Presidente da Câmara Municipal de Ibitinga.

**Excelentíssimo Senhor Presidente,**

No dia 12 de julho realizei um procedimento cirúrgico e até o dia 23 me encontrava em repouso e indo a retornos médicos. Inclusive nos dias 22 e 23 do mês de julho estava com atestado médico e com medicação prescrita até o dia 29, conforme prescrições e atestados anexos.

Sala das Sessões “Dejanir Storniolo”, 23 de julho de 2019.

  
MARCO ANTÔNIO DA FONSECA  
Vereador – PTB

**A Sua Excelência o Senhor  
JOSÉ APARECIDO DA ROCHA  
Presidente da Câmara Municipal da Estância Turística de Ibitinga – SP**



51899

51899

Rua Carlos Gomes, 1943 - Centro - Cep 14.801-340 - Araraquara/SP  
Fone: (16) 33031500 SAC: 0800 11 32 44  
www.unimedara.com.br

Telefone	Cidade	UF
End:	Nome	Org. Emissor
Ident:	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		
Assinatura Farmacêutico	Data	

DR. FERNANDO V. LEONARDA  
UROLOGIA  
CRM - SP 78.677

PACO  
1711245  
8 de

1ª Via Farmácia - 2ª Via Paciente  
Nome: *Marcio Amadio Fonseca*  
Endereço:  
Prescrição:



Receptuario de Controle Especial

51899

51899

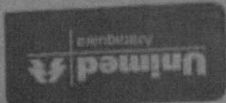
Rua Carlos Gomes, 1943 - Centro - Cep 14.801-340 - Araraquara/SP  
Fone: (16) 33031500 SAC: 0800 11 32 44  
www.unimedara.com.br

Telefone	Cidade	UF
End:	Nome	Org. Emissor
Ident:	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		
Assinatura Farmacêutico	Data	

DR. FERNANDO V. LEONARDA  
UROLOGIA  
CRM - SP 78.677

1711245  
14 de  
Fosfocálcio 500

1ª Via Farmácia - 2ª Via Paciente  
Nome: *Marcio Amadio Fonseca*  
Endereço:  
Prescrição:



Receptuario de Controle Especial

51899

Rua Carlos Gomes, 1943 - Centro - Cep 14.801-340 - Araraquara/SP  
Fone: (16) 3303.1500 SAC: 0800 11 32 44  
www.unimedara.com.br

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

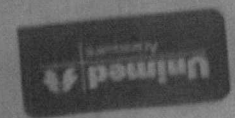
Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura Farmacêutico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

*Dr. Fernando Y. Leonard*  
 U.F. 12112/3  
 Tomar 1 Pílula 2x/dia

*Roberto L. P. da Silva*  
 Usar 2x/dia

Nome: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Prescrição: \_\_\_\_\_



Receituário de Controle Especial

Inscrição Profissional  
 Nome  
 Categoria  
 Prática  
 Assinatura

*Dr. Fernando Y. Leonard*  
 U.F. 12112/3  
 CRM - SP 7957

22/07/15

CID - 5269

Atesto que o Sr(a) *Marcelo Antonio Fagundes* esteve em consulta médica no dia de hoje e necessita afastamento de suas atividades. 2 (dois) dias.

*Dr. Fernando Y. Leonard*  
 CRM - SP 7957  
 U.F. 12112/3

