



ESTADO DO MARANHÃO
Assembleia Legislativa do Estado do Maranhão
Gabinete do Deputado Hemetério Weba

REQUERIMENTO Nº 2025

Senhora Presidente,

Nos termos do que dispõe o Regimento Interno deste Poder, requeiro a Vossa Excelência que, depois de ouvida a Mesa, que sejam concedidos 25 dias de licença para tratamento de saúde, conforme atestado médico em anexo, devendo ser considerado a partir do dia 14 de abril de 2025.

Plenário Deputado Estadual “Nagib Haickel”, do Palácio “Manoel Bequimão”, em São Luís, 14 de abril de 2025.


Hemetério Weba
DEP. ESTADUAL - PP

ATESTADO MÉDICO

Atestado para devido fins que o Sr(a) HEMETÉRIO W. ALVES,
data de nascimento 03.03.1951, portador(a) da célula de identidade
nº 37997294-8 e CPF 02939086349 necessita 125 dias de repouso para
tratamento médico, à contar desta data 14.04.25.

cd. 10: K76

Nova Olinda do Maranhão - MA, 14.04.25

Dr. Lindomar dos Santos
Clínico Geral
CRM 6784

MÉDICO



NOVA
OLINDA
DO MARANHÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA OLINDA DO MARANHÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVA OLINDA DO MARANHÃO

PRONTO ATENDIMENTO

14/04/2025 6:34 PM

NOME: HEMETÉRIO WEBER FILHO
NATURALIDADE: SANTA HELENA UF: MA SEXO: M
DATA NASCIMENTO: 03/03/1951 IDADE: 74 anos OU: 889 meses E: 11 dias
CPF: 029.390.883-49 CNS: 000.0000.0000.0000
RG: ORGÃO: Não UF/RG: Não EMISSÃO: 00/00/0000
ESTADO CIVIL: COR / ETNIA: Parda
PAI: HEMETÉRIO MARCOS WEBER
MAE: TEREZINHA DE JESUS J. LEITE
ENDEREÇO: RUA DO COMERCIO NÚMERO:
BAIRRO: CENTRO MUNICIPIO: NOVA OLINDA DO MARANHÃO
OCUPAÇÃO: TELEFONE: (00)00000-0000
PRESSÃO ARTERIAL: TEMP.: PESO: ALTURA:
DM: HAS SpO2 FC: FR: ALERGICO NÃO SIM
OBSERVAÇÕES

Paciente masculino de 74 anos de
idade / Refere dor de forte intensidade
na região do epigastrio direita +
cólica HA 4 cm aproximadamente,
com história recente de tromboembolismo
para tratamento terapêutico.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- ① ACESSO VENOSO
- ② 250 ML de Soro Glicose Simples IV.
- ③ RANITIDINA 150mg + 16 ML no IV
- ④ GENTAMICINA 80mg 1mg + 16 ML no IV

OBS: FOLHA 200mg V.O, PRK CMS.

Dr. Cleomar de S. Sousa
Clínico Geral - Cirurgião
CRM: 6284

DTAS SOBRE SINAIS E SINTOMAS, ACHADOS CLÍNICOS, EXAMES FÍSICOS, AS PRESCRIÇÕES DEVEM
SER ASSINADAS E CARIMBADAS

Assinatura do Paciente: _____