

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Milena Cristina Fernandes CPF: 125.591.004-60

CARGO OU FUNÇÃO: tec. Enfermagem MATRICULA Nº. _____

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS IV

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^o. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMILIA
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO
<input type="checkbox"/> FÉRIAS - GOZAR	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA
<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO
<input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE CARGO
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME
<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO	<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Atestado médico

Milena Cristina Fernandes
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 03/08/2023

Data: ___/___/___



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que, Milena Guspi
~~Requena~~ necessita de 02
para tratamento de saúde, a partir da presente data.

CID Nº- ↑ 303

São José do Belmonte, 21/08/2023

José Marcondes Nelson Filho
Médico
CRM-PE 9395
CPE 818.688.514 0

Recebi em
03.08.2023
[Signature]