



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Milena Cristina Fernandes da Silva CPF: 125.591.004-60

CARGO OU FUNÇÃO: tec. Enfermagem MATRICULA N°: _____

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS IV

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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 PRÊMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Informo a devolução fins o pagamento por meio de atestado medico para tratamento.

Milena Cristina F.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: / /

Data: 30/11/22

ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Wheena Carolina F. Silva

Portador (a) do RG _____

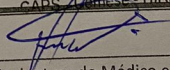
necessita de (30) três _____

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir
desta data, por motivo de doença.

CID: F33.1

Dr. Francisco Fábio O. Cavalcante
MÉDICO
CREMPE 14 604
CAPS - Camarãe - HRIS

DATA: 21/11/2022


Assinatura do Médico e CRM