



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Edineuma F. Gonçalves CPF: 42285348304

CARGO OU FUNÇÃO: Professora MATRICULA Nº. 56

SECRETARIA: Sec. de Educação LOCAL DE TRABALHO: Angico Terto

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. 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:

Solicito 30 dias de afastamento do trabalho a partir de 21/03/2023, por motivo de doença conforme atestado médico e CID em anexo.

Edineuma F. Gonçalves
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 21/03/2023

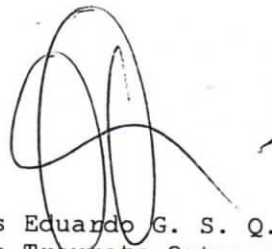
Data: ___/___/___

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o segurado Edineuma Ferreira Gonçalves, deverá afastar-se do trabalho por um período de 30 dias a partir de 21/03/2023. Dor lombar intensa com irradiação para os MMII. Ao exame: dor a flexão da coluna lombar, inclinações, e extensão. Lasegue, Kernig e Brudzinsk positivos a direita. Hiporreflexia patelar direita. RNM evidencia protrusões discais L4-L5 e L5-S1 com sinais de ruptura. RX evidencia escoliose lombar direita com redução importante dos espaços discais de L4-5 e L5-S1.

CID.: M51.1
M54.4

Salgueiro 21 de Março de 2023
09:51



Dr. Carlos Eduardo G. S. Q. L. Ramos
Médico Traumatologista-Ortopedista
CRM-PE: 14.591/TEOT: 10497

21/03/2023

Recibido em
29.03.2023
[Assinatura]

Consultas: (87) 3871-3231 | ☎ (87) 9 9932-7176
Av. Aurora de Carvalho Rosa, 2267. Centro, Salgueiro-PE
faleconosco@santalouise.com.br



SANTA LOUISE
CLÍNICA