

Excelentíssimo:

<input type="checkbox"/>	Prefeito
<input type="checkbox"/>	Secretario (a)

NOME: Maria Cícera Pires da Silva CPF: 984 728 104 10

CARGO OU FUNÇÃO: Professora MATRICULA Nº.

SECRETARIA: De Educação LOCAL DE TRABALHO: Esc. Osvaldo Begenra Grosses

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EXª. 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:

Vai em anexo atestado médico

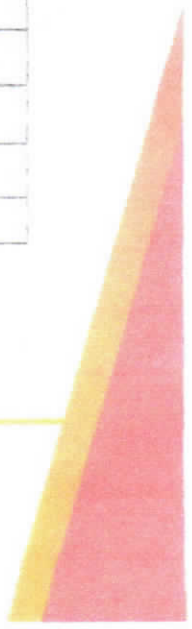
Maria Cícera Pires da Silva
 ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 04/05/2023

Data: ___/___/___

Recebi em
 05.05.2023
[Assinatura]





Dr. Cristiano Fernando de Sá Carvalho

Médico Formado Pela Faculdade de Ciências Médicas UPE
Pós-Graduado em Psiquiatria pelo Instituto de
Pesquisa e Ensino Médico - Salvador - BA

LAUDO MÉDICO

A pct MARIA CICERA PIRES DA SILVA, foi atendido (a) e examinado (a) nesta data sem previsão de alta médica, devendo portanto:

- Foi atendido (a) nesta data tendo em vista avaliação mental;
- Solicito acompanhamento psicopedagógico escolar;
- Esta incapacitado (a) para o trabalho por 30 (TRINTA) dias;
- Está dispensado(a) das aulas por _____ (____) dias;
- É portador(a) de deficiência física permanente, incapacitante pro trabalho.
- Ser encaminhado(a) ao INSS e/ou PODER JUDICIÁRIO para realizar perícia médica/auxílio doença;
- Readaptação das suas atividades profissionais temporárias por _____ (____) meses;

Obs.: Os atestados ou laudos fornecidos em ambulatórios médicos servem como referências para a solicitação de benefícios junto ao INSS. Nestes casos serão informados diagnósticos com CID 10. O tempo previsto na recuperação e a concessão ou não do benefício pretendido fica a critério do médico perito. Essa avaliação deva ser coerente com as observações clínicas que lhe foram pertinentes respeitando a legislação em vigor. Quando houver mais de uma coluna marcada não poderá haver conflito entre as mesmas. (ex: retornar ao trabalho e/ou ser dispensado do trabalho, etc)

HD: CID10: F41.1; M79,7



Dr. Cristiano F. Carvalho
Médico CRM-PE 13 809

Salgueiro, 03 / 05 / 2023

Dr. Cristiano F. de Sá Carvalho
CRM 13809

Recebido em
05.05.2023
[Assinatura]