



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Boanaparte Barros de Sá e Silva CPF: 901.833.044.20

CARGO OU FUNÇÃO: _____ MATRICULA Nº: _____

SECRETARIA: _____ LOCAL DE TRABALHO: _____

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:

Boanaparte Barros de Sá e Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 25/10/2022

Data: ___/___/___



Pernambuco

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

BOANA PARTE BARROS DE SÁ E SILVA

Portador (a) do RG _____

necessita de (60) SESENTA

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

FRATURA COMUNITIVA COTOULHO (E)
(ULNA PROXIMAL)

CID: _____

DATA:

25/10/2022

Boana Sá
Traumatologia - Ortopedia
CRM/PE 13369 TEOT 576

Assinatura do Médico e CRM