



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: *Maria de Souza Laurindo Alves* CPF: *901 824 804 - 53*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRICULA Nº: *215*

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Esc. José Martinho de Sá*

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:

Maria de S. Laurindo Alves.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *06/03/2023*

Data: ___/___/___



GOVERNO MUNICIPAL
VERDEJANTE
Cuidando das pessoas.



SECRETARIA MUNICIPAL
SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME DO PACIENTE: _____

Mrs. de Souza **WANDA AUR**

Receita em nome da paciente **M.S.L.A.**

52 anos de idade, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, em uso de

medicamento 100 mg, com controle satisfatório, não há sintomas de insuficiência cardíaca, hábito alimentar e peso

normais, há uso regular de medicação para hipertensão arterial sistêmica.

PL 90 (medicamento),

Data: _____

08.03.2023

Receita em

[Handwritten Signature]

Dr. Silvio *[Handwritten Signature]*
Médico - Clínica de Fisioterapia
CRM - 23367 / PE

Assinatura - CRM/CRO/COREN