

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: MARIA GRACINEIDE CARVALHO DE OLIVEIRA CPF: 418.677.504-49

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA Nº. 307

SECRETARIA: DE EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: R.M. CLEMENTINO NOGUEIRA

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 checked="" 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 type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SEGUE ANEXO LAUDO MÉDICO.

Maria Graçineide Carvalho de Oliveira.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 08/08/2023

Data: / /



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Mário Graaciel Corvalho
de Oliveira

Laudo Médico

Paciente 58 anos, portadora de
Fibromialgia, osteoartrite generalizada,
hérnia de disco cervical, sd túnel do
carpo. Em acompanhamento reumatológico
em uso de duloxetina, pregabalin.
No momento ei da difusa, cervicalgia,
parstesias em mmss, que dificulta
realizar sua função atual, segue
quadro clínico.

Soluções evoluídas

656 / 154.2 / 179.7 / 179

Dr. Yls Brilhante Brasileiro
Reumatologista
CRM-CE 14.727
CRM-PE 23.697

08/10/23

____/____/____
Data

Assinatura do Médico

Voltando a consulta, trazer esta receita.

FUMAR É PREJUDICIAL A SAÚDE