



CLÍNICA INTEGRAR

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, **NATHANAEL RODRIGUES MAGALHÃES**, RG 2005029130206 necessita afastamento das atividades laborativas, pelo período de 90(noventa) dias, por passar em consulta psiquiátrica, devido a sinais e sintomas que correlacionam ao CID 10 F33.1, onde encontra-se iniciando novo tratamento e acompanhamento em uso de Fluxene 20mg, Prysma 3mg, por não ter condições no momento em exercer tais atividades.

Conceição – PB, 05 de Outubro de 2023

Dr. Jânderson Jessé D. Martins
Psiquiatria
CRM-PB 10049 / CRM-CE - 21984

Jânderson Jessé Dantas Martins
Médico CRM 10049/PB – 21984/CE

CLÍNICA INTEGRAR



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Nathanuel Rodrigues Marculhão CPF: 046.163.153-96

CARGO OU FUNÇÃO: Professor de Educação Física MATRICULA Nº. 1599

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Escola Joaquim Távares

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"/> A VERBAR 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:

Aferido Médico

Nathanuel R. Marculhão
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 06/10/2023

Data: / /