



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Máximo de Carvalho Sr</i>	CPF: <i>340.928.384-68</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Agente Administrativo</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP</i>

Venho respeitosamente perante V. Ex^a requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito afastamento das minhas atividades trabalhistas por um período permanente a partir de 09.10.2023, conforme atestado médico anexo.

x Máximo de Carvalho Sr
Assinatura do(a) requerente
Data: *10/10/2023*

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: */ /*

ATESTADO

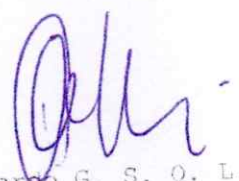
Atesto, para os devidos fins, que o (a) senhor(a) Mariano de Carvalho Sá, deverá afastar-se do trabalho com altas demandas sobre a coluna, permanecer longos períodos em pé, deambulação em terrenos acidentados por um período permanente a partir de 09/10/2023. Refere dores lombares com irradiação para os mmii, dores nos quadris ao caminhar e dor no tornozelo esquerdo. Ao exame: dor a flexão da coluna lombar, LTestes de elevação dolorosos aso 55° com melhora a flexão dos joelhos. Limitação das rotações externas dos quadris. Dor a eversão do pé esquerdo. Tomografia da coluna lombar abaulamentos discais de L3-L4, L4-L5 e L5-S1 tocando as raízes emergentes de L5. Tomografia da bacia com siasni de artrose da dos quadris. e diastase de 1,8 cm
RX evidencia artrose do tornozelo esquerdo.

CID.:M51.1
M19.9
M16.0

Eu Mariano de Carvalho Sá, CPF: 340.928.384-68, solicito e autorizo a exposição do CID neste atestado/ laudo para os fins por mim solicitados.

Mariano de Carvalho Sá

Salgueiro, 9 de outubro de 2023
10:12


Dr. Carlos Eduardo G. S. Q. L. Ramos
Médico Traumato-Ortopedista
CRM-PE: 14.591/TEOT: 10497

09/10/2023

Consultas: (87) 3871-3231 | (87) 9 9932-7176
Av. Aurora de Carvalho Rosa, 2267. Centro, Salgueiro-PE
faleconosco@santalouise.com.br

Recebi em
10.10.2023





SANTA LOUISE
CLÍNICA