



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Manoel José de Lima Neto CPF: 085 256 424 44

CARGO OU FUNÇÃO: Técnico em enfermagem MATRICULA Nº. \_\_\_\_\_

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. 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:

Atestado Médico do dia 04/10/2023.

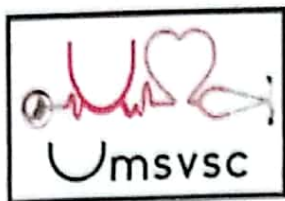
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Manoel José de Lima Neto  
ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 04/10/2023

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



UNIDADE MISTA DE SAÚDE VEREADOR SILVINO  
CORDEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CALUMBI

04/10/2023 - 11:42

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr (a), MANOEL JOSE DE LIMA NETO identidade ou CPF 085.256.424-44.

Necessita de 01 DIA (UM) de afastamento do trabalho por motivo de doença.

No dia 04/10/2023 - 11:41:57

Lorrany J. Lopes de Lima  
Médica  
CRM/PE 31805

---

LORRANY JUNIA LOPES DE LIMA

RUA JOAO AGOSTINHO DE LIMA, S/N - CENTRO - CEP 56.930-000  
CALUMBI - PE FONE 8738451111