



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: HITSON DE MELO CAVALCANTE CPF: 234.565.568/91

CARGO OU FUNÇÃO: AGENTE DE ENDEMIAS MATRICULA N°:

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: VIGILANCIA

**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 type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

em anexo atestado médico

Hilton de Melo Cavalcante  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 15/08/2023

Data:   /  /



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Pittou de Melo Laval Couto

Afastado Médico

Atesto para os devidos fins, que o paciente necessita de afastamento das duas atividades por 02 dias úteis por motivo de doença.

Data: 16, 09, 23

6675443  
CRM  
PROF. DR. [Signature]

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Recebido em  
15.09.2023

[Signature]