



Excelentíssimo:

| | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Prefeito |
| <input type="checkbox"/> | Secretario (a) |

| | |
|---|--------------------------|
| NOME: <u>MARIANY APARECIDA ALVES SA</u> | CPF: <u>103551634-97</u> |
|---|--------------------------|

| | |
|--------------------------------------|---------------|
| CARGO OU FUNÇÃO: <u>ALMOXARIFADO</u> | MATRICULA Nº. |
|--------------------------------------|---------------|

| | |
|-------------------------------------|--------------------|
| SECRETARIA: <u>ADMINISTRAÇÃO</u> | LOCAL DE TRABALHO: |
|-------------------------------------|--------------------|

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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:

| |
|---|
| <u>Solicito o Ajustamento das Meritórias Atividade conforme</u> <u>Atestado Médico</u> |
| |
| |
| |

Mariany Aparecida A. Sá
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 14/12/2023

Data: ___/___/___

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, que o (a) senhor(a) Mariany Aparecida Alves Sa , deverá afastar-se do trabalho com altas demandas sobre a coluna por um período de 120 dias a partir de 14/12/2022. Queixa-se de dores lombares com irradiação para os MMII. Ao exame: dor a extensão lombar de 20° , inclinações de 30° e flexão de 40°. Passivo: testes de elevação dolorosos aos 40° bialteralmente com piora a flexão dos joelhos . Exame Neurológico: Lasegue e Kernig positivos. RNM da coluna lombar em 01/12/2022: alterações degenerativas osteodiscogênia em L4-L5 determinando conflito radicular de L5 bilateral . Início Dexador, Pregabalina , Codein e Fisioterapia .

CID.:M51.1

Eu Mariany Aparecida Alves Sa, CPF: 103.551.634-97, solicito e autorizo a exposição do CID neste atestado/ laudo para os fins por mim solicitados .

Mariany Aparecida Alves Sa

Salgueiro, 14 de dezembro de 2022
10:23



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

14/12/2022

