



Excelentíssimo:

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

NOME: MANOEL JOSE DE LIMA NETO	CPF: 085 256 424 44
CARGO OU FUNÇÃO: TEC. DE ENFERMAGEM	MATRICULA Nº.
SECRETARIA: SAÚDE	LOCAL DE TRABALHO: HPP

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"/> 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:

Atestado Médico do dia 13/12/2023

Manoel Jose de Lima Neto.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 13 / 12 / 2023.

Data: ___ / ___ / ___



SECRETARIA
DE SAÚDE

2022

UNIDADE MISTA VEREADOR SILVINO CORDEIRO
CNPJ: 11.502.090/0001-35

RECEITUÁRIO

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o Sr.
Mansel José de Lima Neto deve permanecer
afastado das atividades por um período de
01 dia.

Drª Lavinia R. Magalhães de Sá
Médica
CRM-PE: 35.169

13/12/23