



Excelentíssimo:

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

NOME: <u>Gláucio Alves Oliveira</u>	CPF: <u>900613574-72</u>
-------------------------------------	--------------------------

CARGO OU FUNÇÃO: <u>Técnico Enfermagem</u>	MATRICULA Nº: <u>045</u>
--	--------------------------

SECRETARIA: <u>Municipal de Saúde</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>MPPATS</u>
---------------------------------------	----------------------------------

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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS <u>ATESTADO MEDICO</u>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

<u>Atestado médico para acompanhamentos de tratamento da família (filho).</u>

Gláucio Alves Oliveira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 17/07/2023

Data: ___/___/___



SECRETARIA ESTADUAL DE
SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

CICERO ALVES OLIVEIRA

Portador (a) do RG 5003192

necessita de (07) SETE

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir
desta data, por motivo de doença.

CID: Z 73.3

DATA: 06/07/23

Bartolomeu T. de C. Barros
CRM: 6899
CPF: 251.550.352-49

Barros
Assinatura do Médico e CRM