

Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: MARIA DO SOCORRO LIMA BRINGEL BARROS CPF: 730.037.163-04

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA Nº.

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: ESCOLA CLEMENTINO ALVES

**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:

Impossibilidade de exercer a função por motivo de tratamento de saúde.

Maria do Socorro Lima Bringel Barros  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

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

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

13/10/2022



PREFEITURA DE  
**PENAFORTE**  
COMPROMISSO POR DIAS MELHORES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**HOSPITAL JOÃO MUNIZ**  
CNPJ: 07.414.931/0001-85  
Av. Ana Tereza de Jesus, 240 Centro  
Penaforte-CE

## RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Atestado

Atesto que o paciente, Maria do  
Esouro Lima Brinquel Barros, encontra-  
se impossibilitado de exercer os seus  
funções, por um período de sessenta  
dias, a partir desta data, 13/10/2022  
CID. 10 F41.

13, 10, 22

Data

Dr. Francisco Adriano Santana  
MÉDICO  
CREMEC. 7818

Assinatura do Médico

Voltando a consulta, trazer esta receita.

FUMAR É PREJUDICIAL A SAÚDE