



**Salgueiro**  
PREFEITURA MUNICIPAL

... de Amor  
e Trabalho

**SECRETARIA DE SAÚDE**  
CNPJ: 10.233.967/0001-77  
Rua João Veras de Siqueira -2113  
Salgueiro - Pernambuco

# RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Maria Francisca VIGIA Souza Teixeira

ASSO PM 21/04/2014  
em A positividade  
de 7 (sete) dias  
...  
C/10 pto

13/04/14  
\_\_\_\_\_  
Data

Silvio Romero A. Rodrigues  
Médico - Psiquiatria  
CRM-PE 28387

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

Voltando a consulta, trazer esta receita.

**FUMAR É PREJUDICIAL A SAÚDE**



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Maria Raquel Vieira da Silva Teixeira</i>	CPF: <i>108854064-35</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Condutor(a) Plantãoista</i>	MATRÍCULA N°:
SECRETARIA: <i>Secretaria de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP - Hospital T. de Sa</i>

Venho respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup> requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: <i>Atestado médico</i>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

*represento em 19/04/2024 estado médico de 07 dias com início em 18/04/2024. (desta)*

*Maria Raquel Vieira da S. Teixeira*  
Assinatura do(a) requerente  
Data: *19/04/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: *1/1*