



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Ana Lívia R. de Araújo Nunes</i>	CPF: <i>946.188.444-34</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Agente Administrativo</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Uma única da Biblioteca de Verdejante - PE</i>

Venho respeitosamente perante V. Ex^a 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"/> PENSAO 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:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<i>Afastado Médico no período de 10/05/2024 a 17/05/2024.</i>

Ana Lívia R. de Araújo Nunes
Assinatura do(a) requerente
Data: *20/05/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: ____/____/____

ATESTADO MÉDICO

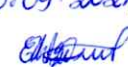
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Ana Lúcia R. de Araújo
Mumy, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 08 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: N31.0

VERDEJANTE, 10/05/24

Natália Feitosa
Médica
CRM 31799

ASSINATURA- CRM

Recebi em
20.05.2024




Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE Ana Célia Ribeiro de Araújo Nunes 5 - Nº DO PRONTUÁRIO _____
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 704303544540295171072 8 - DATA DE NASCIMENTO 17/10/72 9 - SEXO Masc. 10 - RAÇA/COR Parda 11 - ETNIA _____
11 - NOME DA MÃE Maria Virgem Ribeiro de Araújo 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 37996254581
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Sítio Poco do Bezerra 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO Verdejante 18 - UF _____ 19 - CEP 56120000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor na, febre, na hemor.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Receita de captação.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Dor + exames laboratoriais
23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Pielonefrite 24 - CID 10 PRINCIPAL _____ 25 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internar em UTI 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____
29 - CLÍNICA _____ 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO amb. 31 - DOCUMENTO _____ 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____ 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA _____ 41 - SÉRIE _____
37 - CNPJ EMPRESA _____ 42 - CNPJ EMPRESA _____ 44 - CBOB _____
38 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
39 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
40 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - COD. ORGÃO EMISSOR _____ 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____
48 - DOCUMENTO _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____
() CNS () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

Dr. Anderson Pierre
MEDICO CLINICO GERAL
CRM 10334/CE

