

Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: *Maria de Fátima Bezerra dos Santos* CPF: *028.335.684-79*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRICULA Nº

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *José Paulino dos Santos*

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FÉRIAS – GOZAR AUT P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

A paciente citada necessita de readaptação de suas atividades laborais em local que não demande esforços físico e psicológico. Segue em anexo atestado médico.

Maria de Fátima B. dos Santos
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *20/09/2022*

Data: ___ / ___ / ___

SECRETARIA DE SAÚDE
PERNAMBUCO

PRONTUÁRIO:

0000002027

NOME DO PACIENTE:

MARIA DE FATIMA BEZERRA DOS SANTOS

CARTÃO NACIONAL DE SAUDE:

703103695743490

DATA DE NASCIMENTO:

25/02/1976

IDADE:

46 Anos 5 Meses 24 Dias

Nº ATENDIMENTO: 0000377528

DATA: 18/08/2022

HORA: 09:39

SETOR:

RECEITUÁRIO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE CITADA NECESSITA DE READAPTAÇÃO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS EM LOCAL QUE NÃO DEMANDE ESFORÇO FISICO E PSICOLÓGICO.

CID:M79.7

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

Dr. Felipe Guimaraes

Médico - CRM: FELIPE PEREIRA GUIMARAES - CRM: Nº.21713