



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: *Maria de Souza Laurindo Alves* CPF: *901.824.804-53*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRICULA Nº: *215*

SECRETARIA: *Secretaria de Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Sítio Angico Torto*

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO | <input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA |
| <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 PRÊMIO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Maria de S. Laurindo Alves.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *22/02/2023*

Data: ___/___/___



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Maria de Souza Lima Reis

Relato que a paciente M.S. L.A. 52 anos, em acompanhamento terapêutico, em uso de medicação com antidepressivo de 100mg, não está conseguindo controlar a ansiedade e a tristeza, com episódios de choro frequente e dificuldade de concentração. Solicita tratamento farmacológico.

Classe 842.2

Data: 22, 04, 2013

Dr. Silvio Romero A. Rodrigues Médico - Psiquiatria CRM - 28367 / PE

Assinatura - CRM/CRO/COREN