



Excelentíssimo:

<input type="checkbox"/>	Prefeito
<input type="checkbox"/>	Secretario (a)

NOME: <i>Maria Pereira Leite Nunes</i>	CPF: <i>900.838.654-20</i>
--	----------------------------

CARGO OU FUNÇÃO: <i>Agente Comunitario de Saúde</i>	MATRICULA Nº. <i>030</i>
---	--------------------------

SECRETARIA: <i>Secretaria de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>UBS I</i>
--	---------------------------------

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

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMILIA
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO	<input type="checkbox"/> PERMUTA/CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO À PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME
<input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNA OU PATERNA	<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Atestado médico.

Maria Pereira Leite Nunes
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *23/10/2023*

Data: / /

Secretaria
de Saúde



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Ms. Patrícia Nunes

Portador(a) do RG _____

necessita de (30) Trinta

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir
desta data, por motivo de doença.

CID: R80

DATA: 11/10/23

Dr. João F. Coutinho (TCDE)
Cirurgia do Aparelho
Digestivo e Videolaparoscopia
CRM-GE 7226

Assinatura do Médico e CRM