



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: <i>Rizalva Greusa da Silva Mendonça</i>	CPF:
CARGO OU FUNÇÃO: <i>Professora</i>	MATRICULA N°:
SECRETARIA: <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO:

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. 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:

Afastada 30 dias

Rizalva Greusa da Silva Mendonça
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *25/08/23*

Data: ___/___/___

O RECIBO FISCAL PARA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA JUNTO À RECEITA FEDERAL SERÁ EMITIDO, CASO SOLICITADO, SOMENTE NO DIA DA CONSULTA MÉDICA.

 **Dr. Kennedy Amaral**
REUMATOLOGIA - CRM 21.705

TRATA
LU
FIBROMIA
FEBRE REUMÁ
TENDINITES/BURS
ARTRITE REUMATO
RTE CRÔNICA DA CHIKUNGU


RIZALVA CREUSA DA SILVA MENDONÇA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE RIZALVA CREUSA DA SILVA MENDONÇA NECESSITA DE REPOUSO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 30 (TRINTA) DIAS DEVIDO AO QUADRO DE POLIARTRALGIA INTENSA EM INVESTIGAÇÃO PARA ARTRITE REUMATOIDE E/OU FIBROMIALGIA.

CID 10: M25

23/08/2023


Dr. Kennedy Amaral
Reumatologista
CREMEPE: 21705
CREMEC: 15.545