

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)


NOME Manoel José de Lima Neto	CPF: 08525642444
CARGO OU FUNÇÃO: Técnico em enfermagem	MATRICULA N°.
SECRETARIA: Saúde	LOCAL DE TRABALHO: HPP

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 FAMILIA
<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 PREMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
Atestado médico de 20 dias


ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 16/06/2024

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___ / ___ / ___



ESTADO DO PERNAMBUCO
1537 PERNAMBUCO, NOVO PERNAMBUCO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS
Sistema
Único
de Saúde

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que

MANOEL JOSÉ DE LIMA NETO

Necessita de 20 (VIJZE)

dias de licença para tratamento de saúde, a partir da presente data.

CID = Z47.8 AUSENCIA

Serra Talhada, 13 / 06 / 24

Dr. Samuel de Oliveira Figueiro
CRP 123456789
123456789

Médico - CRM
SES - HOSPAM

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA, 955 - CENTRO - SERRA TALHADA
FONE E FAX: (87) 3831-9600 - e-mail: hospam2011@hotmail.com

