



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: <u>Milena Cristina Fernandes</u>	CPF: <u>125.591.004-60</u>
CARGO OU FUNÇÃO: <u>tec. Enfermagem</u>	MATRICULA Nº.
SECRETARIA: <u>Saúde</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>UBS IV</u>

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. 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:

Atestado de 5 dias, Acidente Automobilístico

Milena Cristina Fernandes  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 26/07/2023

Data:   /  /



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## ATESTADO

Atesto para os devidos fins que, MILENA CRISTINA

FERNANDA DA SILVA necessita de 05 (cinco) dias

para tratamento de saúde, a partir da presente data.

CID Nº- 581.8

São José do Belmonte, 27 de Junho de 2017

José Marcondes Nelson  
Médico  
CRM-PE 9395  
CPE 318.688.514-00