

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: ROBSON DE SA E SILVA CPF: 008.149.354-19

CARGO OU FUNÇÃO: DIR. DE CULTURA MATRICULA Nº. _____

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: ESPAÇO CULTURAL

DEM 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 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:

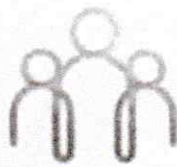
- ADELTAO MÉDICO (30 DIAS)

Robson de Sa e Silva
 ASSINATURA DO REQUERENTE

 AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 22/02/23

Data: ___/___/___



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: _____

Logon de acesso

Atenção para os seguintes itens

que o paciente não deve

usar medicamentos psicoativos

em especial os que

contêm álcool ou

sedativos.

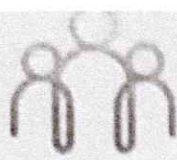
Atenciosamente

Dr. Silvio Romero A. Rodrigues
Médico - Psiquiatria
CRM - 28867 / PE

Data

22 de Abril

Assinatura - CRM/CRO/COREN



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: _____

Praxion 200 mg 1x ao dia

10 comprimidos.

19: Assistentia /
Médico

/

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

Data 22 de 11/13

Assinatura - CRM/CRO/COPEN