



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: *Maria Cícera Pires da Silva* CPF: *984 728 104 -20*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRICULA Nº.

SECRETARIA: *De Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Fsc. Osmanda Bezerra-Grosses*

**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 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:

*Vai em anexo atestado medico*

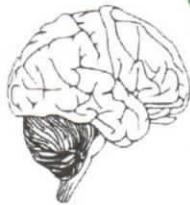
*Maria Cícera Pires da Silva*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *29/03/2023*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Recebi em  
31.03.2023*



**Dr. Cristiano Fernando de Sá Carvalho**

Médico Formado Pela Faculdade de Ciências Médicas UPE  
Pós-Graduado em Psiquiatria pelo Instituto de  
Pesquisa e Ensino Médico - Salvador - BA

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que Sr.(a) MR 4442 RHO  
W W W W, foi atendido(a) e examinado(a) nesta  
data, devendo portanto:

- Foi atendido (a) nessa data em vista avaliação médica;
- Retornar ao trabalho, Consulta às: \_\_\_\_\_ hrs;
- Ser dispensado(a) do trabalho hoje;
- Está incapacitado(a) para o trabalho por 30 (trinta) dias;
- Está dispensado(a) das aulas por \_\_\_\_\_ dias;
- Ser dispensado(a) da educação física por \_\_\_\_\_ dias;
- É portador(a) de deficiência física permanente, incapacitante pro trabalho.
- Encaminhado(a) ao INSS para perícia médica/auxílio doença\*
- Readaptação das atividades profissionais temporárias por \_\_\_\_\_ meses;
- Acompanha familiar em tratamento médico;

Obs: Os atestados ou laudos fornecidos em ambulatórios médicos servem como referências para a solicitação de benefícios junto ao INSS. Nestes casos serão informados diagnósticos com CID 10. O tempo previsto na recuperação e a concessão ou não do benefício pretendido fica a critério do médico perito. Essa avaliação deva ser coerente com as observações clínicas que lhe foram pertinentes respeitando a legislação em vigor. Quando houver mais de uma coluna marcada não poderá haver conflito entre as mesmas. (ex: retornar ao trabalho e/ou ser dispensado do trabalho, etc)

HD: CID10: F41.1; H79.7

29 / 03 / 2023

 Dr. Cristiano F. Carvalho  
Médico CRM-PE 13 809

**Dr. Cristiano Fernando de Sá Carvalho**  
CRM 13809

Recebi em  
31.03.2023  
