



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

SILVANOIME DA SILVA

ANEXO IHA OS QUINHOS ANOS  
QUE A PACIENTE S.M.S.,  
49 ANOS, NECESSITA ADMITIR-SE  
NE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS  
POR OS PERÍODOS DE 90  
MINUTOS DIÁRIOS.

CID 10 F32

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

23 / 01 / 2013

Dr. Silvio Romero Rodrigues  
Médico Psiquiatria  
CRM 28367 / PE

Assinatura - CRM/CRO/COREN



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: *Silvaneide M. de Sa* CPF: *021.728.734-46*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRICULA N.º

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Cheche Mãe Mosa*

**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:

*Venho através deste solicitar afastamento das minhas atividades trabalhista a partir de 23.01.2023 pelo período de 90 dias. Segue em anexo atestado médico*

*Silvaneide M. de Sa*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *23/01/2023*

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