



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: CRISTIANE DE SOUZA OLIVEIRA CPF: 057.084.824-51

CARGO/FUNÇÃO: PROFESSORA MATRÍCULA Nº: 013/2024

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: ESCOLA JOSÉ MARTINHO / ESC. JOAQUIM TAVARES

Venho respeitosamente perante V. Ex^ª requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Atestados médicos

Cristiane de Souza Oliveira

Assinatura do(a) requerente

Data: 30/10/2025

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: / /



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA
PETROLINA



ATESTADO



DECLARAÇÃO

Nome: Cristiane de Souza Oliveira Idade: 39 anos

UNIDADE DE SAÚDE: São Joaquim



ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE 1 / 1 / 1 A 1 / 1 / 1
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO, FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU AO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE urgência
NECESSITADO DE 01 DIAS DE LICENÇA MÉDICA.
(um)

SE DECLARAÇÃO:



COMPARECEU AO AMBULATÓRIO NESTA DATA, HORÁRIO _____ hs, SENDO
LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU AO AMBULATÓRIO ACOMPANHANDO O PACIENTE
_____ NO DIA 1 / 1 / 1

Carlos Vinícius Gonçalves
Médico
CRM-PE 21463

DATA: 15/09/2025

PROFISSIONAL (Assinatura)

HOSPITAL DA UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO

PACIENTE: CRISTIANE DE SOUZA OLIVEIRA		PRONTUÁRIO: 0000114083	
DATA DE NASCIMENTO: 10/06/1986	IDADE: 39	SEXO: FEMININO	
DATA DE ATENDIMENTO: 08/09/2025	ATENDIMENTO: 709037		

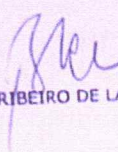
ATESTADO MÉDICO

Atesto que CRISTIANE DE SOUZA OLIVEIRA necessita de 03 dia(s) de afastamento de suas atividades a partir de 08/09/2025, por motivo de doença.

Código do CID: M751

DATA/HORA PREENCHIMENTO
08/09/2025 14:57:55

PRESTADOR
PAULO SERGIO RIBEIRO DE LAVIGNE


Paulo S. R. Lavigne
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 184730-3/ES 1327

CONSELHO
CRM-PE - 18475

PACIENTE:	CRISTIANE DE SOUZA OLIVEIRA	PRONTUÁRIO:	0000114083		
DATA DE NASCIMENTO:	10/06/1986	IDADE:	39	SEXO:	FEMININO
DATA DE ATENDIMENTO:	16/09/2025	ATENDIMENTO:	713024		

ATESTADO MÉDICO

Atesto que CRISTIANE DE SOUZA OLIVEIRA necessita de 03 dia(s) de afastamento de suas atividades a partir de 16/09/2025, por motivo de doença.

Código do CID: G560

Dr. *Caio Petrus*
Ortopedia e Traumatologia
Fixadores Externos
CRM-PE 11111/11111

DATA/HORA PREENCHIMENTO
16/09/2025 10:47:13

PRESTADOR

CAIO PETRUS DA SILVA COSTA DE AQUINO

CONSELHO
CRM-PE - 17762

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Cante Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH

5 - Senha

10 - Nome

CRISTIANE DE SOUZA OLIVEIRA



SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA

Pioneira em Ortopedia do Vale do São Francisco

Cuidando dos Seus Movimentos

02/07/1976

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE Cristiane de Souza Oliveira
NECESSITA DE 15 (Quinze) dias
DE AFASTAMENTO POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID.: M659/6560

OBS.:

Data: 17/09/25

Médico-CRM

(74)36138888/(87)38613933

Avenida Paulo Afonso, 01, Alto da Maravilha, CEP: 48900-397, Juazeiro-Bahia

Rua Pacífico da Luz, 900, CEP: 56304-010, Centro, Petrolina-PE

13277

3-Cide. Aut.

Código CNES

total (R\$)

UF 55-Código

Paulo S. R. Lavigne
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 19475 / CREMEB 13277



SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA

Pioneira em Ortopedia do Vale do São Francisco

Cuidando dos Seus Movimentos

02/07/1976

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE Ortosteome de S. Oliveira
NECESSITA DE 30 (trinta) dias
DE AFASTAMENTO POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID.: M75.1/M54.2

OBS.:

Data: 01/10/25

[Handwritten Signature]
Paulo S. R. Lavigne
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 18475/CREMEB 13277

Médico-CRM

(74)36138888/(87)38613933

Avenida Paulo Afonso, 01, Alto da Maravilha, CEP: 48900-397, Juazeiro-Bahia

Rua Pacífico da Luz, 900, CEP: 56304-010, Centro, Petrolina-PE

R. Lavigne
Traumatologia
18475/CREMEPE
01
03