



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Maria Raquel Vieira da Silva Teixeira CPF: 108854064-35
CARGO OU FUNÇÃO: Emprego Pleno MATRICULA Nº.
SECRETARIA: Secretaria de Saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP Adolpho F. de Sá

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 <u>Atestado médico</u>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Agente em 22/12/2023 atestado médico de 3 dias. (Suspeita de Covid-19);

M^{ra} Raquel Vieira da Silva Teixeira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: / /

Data: 22/12/2023

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) senhor (a) Maria Raquel

Viana Elias Teixeira foi atendido (a) neste
serviço no dia: 22 / 12 / 23 CID: J4

Necessitando de 03 (três) dia de afastamento de suas
Atividades (no trabalho ou escola)

Estando apto para voltar ao trabalho;

Como acompanhante;

Outros: _____

Salgueiro, 22 de 12 de 23

Médico

Dr. Eloyes Laivaldo Mororo
Clínica Geral / Cardiologia
CRISMEPC - 19734