



REQUERIMENTO

Informações do requerente:

Nome: BENEVENUTA SANTOS DA SILVA			
CPF/CNPJ	Estado civil: SOCEIRA	Telefone: (81) 99483-4622	
Endereço: RUA: FRUTA - PÃO 81-B			
Bairro: CENTRO	Cidade: GOIÂNIA	UF: PE	CEP: 55900-000
Cargo: AGENTE ADMINISTRATIVO SAÚDE	Lotação: SAÚDE	Matricula: 161	
E-mail: denevenuta@gmail.com		RG: 47390685SPPE	

Venho requerer de Vossa Senhoria:

<input type="checkbox"/>	Certidão
<input checked="" type="checkbox"/>	Licença prêmio
<input type="checkbox"/>	Licença sem vencimento
<input type="checkbox"/>	Férias
<input type="checkbox"/>	Outros - Especificar

Justificativa/ Exposição de Motivos/ Outras Informações Complementares:

SOLICITO LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA, NA QUAL CONSTA NO MEU LAUDO MÉDICO, SOU PORTADORA DE FIBROMIALGIA CID.10: M79,7, ESTEOSTNOSE DE COLUNA, CERVICALGIA CRÔNICA, HOMBALGIA CRÔNICA, M14,9, M54,2, M54,5.

Caaporá, 14 de Agosto de 20 18

Benevenuta Santos da Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE



Hospital das Clínicas
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome do Paciente: <i>Benevenuto Sato de Silva</i>		
Nº do Registro:	Clinica: <i>Reumatologia</i>	Leito:

Laudo Médico

Paciente, 44 anos, acompanhada neste serviço com diagnósticos de *Fibromialgia* e *Osteoartrose de Coluna*. Atualmente sem tratamento medicamentoso, fazendo fisioterapia e acupuntura, em controle parcial dos sintomas. Queixa-se de *cardalgia* e *embalgia crônicas*.

CID-10: *M79.7; M13.9; M54.2; M54.5*

Jonas Emanuel Carvalho
Médico
CRM 11577

11/06/18

Cód. 3016.0266

Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - 50.740-900, Recife-PE Fone: (081) 21216.3633