



PORTARIA Nº 0171/2009.

O PREFEITO CONSTITUCIONAL DO MUNICÍPIO DE BREJÃO, Estado de Pernambuco, no uso das atribuições que o cargo lhe confere e de acordo com o que dispõem os incisos VI e X do art. 80 da Lei Orgânica Municipal, bem como dispõe a Constituição Federal.

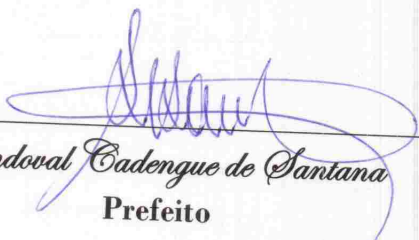
RESOLVE:

Art. 1º - Conceder o (a) Sr (a), Walbia Duarte Gervasi de Sá, uma Licença para tratamento de saúde por um período de 60 dias, com fundamento no que dispõem o Artigo 169 I e Artigo 174 da Lei Municipal 529/93.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data retroativa a 02.01.2009, revogadas as disposições em contrário.

Publique-se e Registre-se.

PALÁCIO MUNICIPAL JOSÉ CUSTÓDIO DAS NEVES, em 02 de fevereiro de 2009.


Sandoval Cadengue de Santana
Prefeito

PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJÃO - Praça Melquíades Bernardo, 01 - Centro - Brejão - PE
Fones (87) 3789.1156/ 1132/ 1149 - CNPJ: 10.131.076/0001-00
www.brejao.pe.gov.br prefeitura@brejao.pe.gov.br





Fundo de Previdência do Município de Brejão

CNPJ 07.905.387/0001-74

89/09
02.01.09

LAUDO MÉDICO PERICIAL

Nome do Examinado WALBIA DUARTE GERBASI ANDRADE DE SÁ		RG / data de emissão 152.3404 SSP/PE	CPF/MF 641.221.074-15
Sexo	Data de Nascimento	Cargo	Período de Afastamento (DIAS)
Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	16/03/1961	DENTISTA	60 dias

Data Início Doença	Data Início Incapacidade	Diagnóstico
03/08/08	03/11/08	Síndrome do Túnel do Carpo

Quesitos a Cargo do Médico Perito Local

1. Está o examinado incapacitado para o trabalho?
Sim () Não ()

2. Em caso de resposta afirmativa ao quesito 1:

2.1 É suscetível de recuperação para o seu próprio trabalho?
Sim () Não ()

2.2 É suscetível de reabilitação para outra atividade?
Sim () Não ()

3. Em caso de resposta negativa ao quesito 1: (só responde em caso de cessação de aposentadoria)

3.1 A requisição da capacidade para o trabalho é:
Parcial () Total ()

3.2 Está o segurado apto para o exercício de trabalho diverso do que habitualmente exercia?
Sim () Não ()

4. Qual a data provável da cessação da incapacidade?

Dia	Mês	Ano
03	01	09

4.1 Haverá necessidade de novo exame nessa data?
Sim () Não ()

5. A incapacidade decorre de acidente de trabalho?
Sim () Não ()

6. Em caso de exame para constatação de invalidez:

6.1 Há invalidez?
Sim () Não ()

6.2 desde quando?

Dia	Mês	Ano

Parecer do Médico Perito * (carimbar e datar) <i>perda em classe + defect work in order to work</i> 03/11/08	CID da doença: M.75-1
---	---------------------------------

Justificativa do Parecer: <i>incapacidade momentânea por o trabalho</i> 03/11/08 Dr. José Zenildo Santos Médico CPF: 166.221.384-00	Despacho: Sandoval Cadengue de Santani Prefeito
---	---

Data Assinatura e carimbo do Médico Perito
Dr. José Rodrigues da Silva Neto
CREMEPE 2990 Id. 1225808
CPF: 182.082.754-87

Sandoval Cadengue de Santani
Prefeito



PORTAL DA TRANSPARENCIA
http://cloud-it-solucoes.int.br/transparenciaMunicipal/download/21-20231018141411.pdf
assinado por: idUser: 185

- Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- Dr. Bruno M. H. Montenegro
- Dr. Felipe Tavares Sena
- Dr. Remo Soares de Castro
- Dr. Rômulo Soares de Castro
- Dr. Rossana Cavalcante Almeida
- Dr. Tullio Augusto de M. Tormes
- Dr. Vladimir Antônio Cousseau



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
 Sr. (A) Waldir Duarte G. A. da sil que o(a)
 Portador(a) da identidade RG _____
 mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____
 horas, portador(a) da patologia CID-10 HT-1, devendo
 permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um
 período de quinze 15 dias, a partir deste data.

Dr. Tullio Augusto de M. Tormes
 Ortopedia / Traumatologia
 e Artroscopia
 CRM 5930 CPF 874.433.174-68

Assinatura e Carimbo do(a) médico(a)
João Pessoa, 03/11/08

Autorização

Eu _____
 Autorizo o(a) Dr.(ª) _____
 A registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado
 médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Av. Epitácio Pessoa, 2491
 Tambauzinho - João Pessoa / PB
 Fone: (83) 3244 1452 / 3045.1599
 Fax: (83) 3244 3721

- Raio X •
- Artroscopia •
- Traumatologia •
- Clínica de Fraturas •

- Cirurgia do Ombro
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril





Estado de Pernambuco
Município de Brejão
Secretaria de Administração
Departamento de Recursos Humanos

REQUERIMENTO

IDENTIFICAÇÃO.

Nome: Wálbia Duarte Gerbase Duarte Sá Matrícula: _____

Endereço: Rua Pedro Medeiros nº 16 Bairro B. Vista

Cidade: Garanhuns Estado: PE Fones: Fixo _____ Celular _____

Data de Nascimento: 16/03/63 Sexo: M() F(x), Estado Civil: Casada

C.P.F. 64122107415 RG 1523404 Órgão Exp. _____ Estado _____

Cargo/Função: dentista Símbolo: _____ Nível _____

Unidade de Trabalho: _____ Vínculo: Efetivo() Comissionado() Contratado() Outros()

Ilmo Sr. Gestor de Recursos Humanos da Secretaria de Administração Solicito:

() Férias/gozo: período de ___/___/___ à ___/___/___, Exercício: _____

() Licença Prêmio /Gozo: Tempo _____ de: ___/___/___ a ___/___/___

Licença Médica/ Gozo: Tempo 15 dias de: 03/11/08 a 17/11/08

() Salário Família: Contém Anexo? _____

() Outros (especificar) 15 dias licença médica conforme atestado em anexo

Contém Anexos? _____

Data 03/10/08

Assinatura do Requerente

PARA USO EXCLUSIVO DA SEC DE ADMINISTRAÇÃO.

DESPACHO FINAL: DEFIRO () INDEFIRO ()

() Com base no Parecer nº ___/___, da Assessoria Jurídica, datado de ___/___/___, acostado a este requerimento.

() com base nas informações prestadas pelas áreas competentes, conforme despachos emitidos neste requerimento.

Brejão em ___/___/___.

Sandoval Cadengue de Santana
Prefeito



- Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- Dr. Bruno M. H. Montenegro
- Dr. Felipe Tavares Sena
- Dr. Remo Soares de Castro
- Dr. Rômulo Soares de Castro
- Dr. Rossana Cavalcante Almeida
- Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
- Dr. Vladimir Antônio Cousseau



ORTOTRAUMA

■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
 Sr. (A) Wellton Duarte Figueiredo Azevedo
 Portador(a) da identidade RG _____ que o(a)
 mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____
 horas, portador(a) da patologia CID-10 M25.1, devendo
 permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um
 período de 15 (quinze) dias, a partir deste data.

Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
 Ortopedi. / Traumatologia
 e Artroscopia
 CRM 5930 CPF 874 432.174-63

João Pessoa, 18 / 11 / 2018

Assinatura e Carimbo do(a) médico(a)

Autorização

Eu _____
 Autorizo o(a) Dr.(a) _____
 A registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado
 médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

- Cirurgia do Ombro
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril

Av. Epitácio Pessoa, 2491
 Tambauzinho - João Pessoa / PB
 Fone: (83) 3244 1452 / 3045.1599
 Fax: (83) 3244 3721

- Raio X •
- Artroscopia •
- Traumatologia •
- Clínica de Fraturas •





Estado de Pernambuco
Município de Brejão
Secretaria de Administração
Departamento de Recursos Humanos

REQUERIMENTO

IDENTIFICAÇÃO.

Nome: Wablia Duarte Gerbase Andrade Sá. Matrícula: _____

Endereço: Rua Pedro Medeiros nº 16 Bairro B. Vista.

Cidade: Goianinha Estado: PE Fones: Fixo _____ Celular _____

Data de Nascimento: 16/03/61 Sexo: M() F(), Estado Civil: Casada

C.P.F. 64122107415 RG 1523404 Órgão Exp. _____ Estado _____

Cargo/Função: Dentista Símbolo: _____ Nível _____

Unidade de Trabalho: _____ Vínculo: Efetivo() Comissionado() Contratado() Outros()

Ilmo Sr. Gestor de Recursos Humanos da Secretaria de Administração Solicito:

() Férias/gozo: período de ___/___/___ à ___/___/___, Exercício: _____

() Licença Prêmio /Gozo: Tempo _____ de: ___/___/___ a ___/___/___

Licença Médica/ Gozo: Tempo 15 dias de: 18/11/08 a 02/12/08

() Salário Família: Contém Anexo? _____

() Outros (especificar) 15 dias licença médica conforme atestado em anexo.

Contém Anexos? _____

Data 05/12/08

Assinatura do Requerente

PARA USO EXCLUSIVO DA SEC DE ADMINISTRAÇÃO.

DESPACHO FINAL: DEFIRO () INDEFIRO ()

() Com base no Parecer nº ___/___, da Assessoria Jurídica, datado de ___/___/___, acostado a este requerimento.

() com base nas informações prestadas pelas áreas competentes, conforme despachos emitidos neste requerimento.

Brejão em ___/___/___.

Sandoval Cadêgue de Sant'Ana
Prefeito





ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os fins de direito que, o paciente Wilson Duarte G.A.
Série 25-1 C.P. nº _____ foi atendido neste serviço portador da CID-10
_____ não apresentando condições para o
trabalho/atividade escolares pelo período de 30 dias, a partir da
presente data.

João Pessoa, 2 de 12 de 20 08

Dr. Tião Augusto de M. Torres
Ortopedi / Traumatologia
e Anestesiologia
CRM 5938 / CPF 874.433.174-68

Assinatura, Carimbo e CRM

MATRIZ
R. Dom Pedro II, 690 - Centro
(83) 3221.3307 / 3221.3661

FILIAL
R. Reinaldo Tavares de Melo, 151
Manaira - Fone: (83) 3246.7457

João Pessoa - PB





Estado de Pernambuco
Município de Brejão
Secretaria de Administração
Departamento de Recursos Humanos

REQUERIMENTO

IDENTIFICAÇÃO.

Nome: WÁLBIA DUARTE GERBASI ANDRADE DE SÁ Matrícula: _____

Endereço: Rua Monteiro Lobato nº 230 Bairro TAMIBALU

Cidade: João Pessoa Estado: PB Fones: 87 88211104 Celular 8388536322

Data de Nascimento: 16/03/61 Sexo: M() F() Estado Civil: CASADO

C.P.F. 641221074-15 RG 1523404 Órgão Exp. SSP Estado PE

Cargo/Função: DENTISTA Símbolo: _____ Nível _____

Unidade de Trabalho: SALUDE Vínculo: Efetivo() Comissionado() Contratado() Outros()

Ilmo Sr. Gestor de Recursos Humanos da Secretaria de Administração Solicito:

() Férias/gozo: período de ___/___/___ à ___/___/___, Exercício: _____

() Licença Prêmio /Gozo: Tempo _____ de: ___/___/___ a ___/___/___

Licença Médica/ Gozo: Tempo 30 dias de: 02/12/08 a 02/01/09

() Salário Família: Contém Anexo? _____

() Outros(especificar) _____

Contém Anexos? _____

Data ___/___/___

Wábia Duarte Gerbasi Andrade de Sá
Assinatura do Requerente

PARA USO EXCLUSIVO DA SEC DE ADMINISTRAÇÃO.

DESPACHO FINAL: DEFIRO () INDEFIRO ()

() Com base no Parecer nº ___/___ da Assessoria Jurídica, datado de ___/___/___, acostado a este requerimento.

() com base nas informações prestadas pelas áreas competentes, conforme despachos emitidos neste requerimento.

Brejão em ___/___/___.

Sandoval Cadengue de Sá
Prefeito

