



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL DA PALHA

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PORTARIA Nº 497/95

NOMEIA JUNTA MÉDICA

LUIZ PEREIRA DO NASCIMENTO, Prefeito Municipal de São Gabriel da Palha, do Estado do Espírito Santo, usando de suas atribuições legais e em conformidade com o Art. 111 da Lei Nº 718/91-Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de São Gabriel da Palha e Dá Outras Providências.

R E S O L V E :

NOMEAR uma Junta Médica composta pelos Médicos : DR. WELLINGTON FERREIRA SERAFIM, DR. GETULIO MANOEL LOUREIRO e DR^ª GYOVANA PRATIS-SOLLI LIBARDI, para procederem avaliação de Licença Médica do Funcionário JOÃO ISALDINO DA PENHA, Pedreiro, lotado na Secretaria Municipal de Obras e Serviços Urbanos.

A Junta Médica deverá apresentar o Laudo Médico em até 03 (três) dias, a contar da data de publicação desta Portaria.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.

Gabinete do Prefeito Municipal de São Gabriel da Palha, em 27 de Novembro de 1995.

LUIZ PEREIRA DO NASCIMENTO
Prefeito Municipal

Registrada e publicada nesta Secretaria Municipal de Administração, na data supra.

JAIRO LENZI
Secretário Municipal de Administração



INSTITUTO ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA

CONVÊNIO
GOVERNO DO ESTADO E INPS

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado João Waldino da
Penha portador da Carteira Profissional
nº _____ série _____, necessita de quinze
(15) dias de afastamento do trabalho a partir
por extenso
desta data, por motivo de doença.
CID (_____).

J. Saúde
Hospital ou ambulatório

J. B. Palha, 13.11.95
Localidade e data

Ass. do Médico - CRM nº _____

[Handwritten signature and stamp]
Dr. Ass. do Médico - CRM nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 DIAS de afastamento do trabalho.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SUDS
 SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE/ES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR.(A) João Galvão da Tenha,

FOI ATENDIDO(A) Clínica Médica IDENT. OU REGISTRO
 CLÍNICA OU SERVIÇO

DO Hospital Santa Rita
 HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 06/11/95 AS 15:00 HORAS, NECESSITANDO DE 05 cinco dias
 POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
João Galvão da Tenha 06/11/95

LOCAL E DATA

Dr. Wellington
 1750160
 - ES - 4543

ASSINATURA DO MÉDICO ODONTÓLOGO
 (CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO C.R.M.O.)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES
 PREVISTAS NO ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRE-
 TO Nº 89.212 DE 23/01/84, E RESOLUÇÃO CFM-1190184 E SERÁ
 EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
 AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Associação Beneficente Santa Rita
HOSPITAL SANTA RITA
"AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE"

ATESTADO MÉDICO

ATESTO para devidos fins. A pedido. que o(a) Sr.(a) JOÃO

SEALDINO PANHA.

ident. ou registro

foi atendido(a) CLINICA MEDICA

clínica ou serviço

do HOSPITAL

hospital - ambulatório

no dia 30/10/79, às 8:00 hs. necessitando de 06 dias

por extenso

dias de repouso, por motivo de doença.

CID _____

assinatura do paciente ou responsável

João Sealduino Panha 30/10/79

local e data

Dr. Wellington Ferreira Sarafim

MEDICO

ES - 4543

assinatura do médico / odon: go

carimbo contendo nome completo e registro CRM / CRO

NOTA - Este atestado é válido para finalidades prevista no Art. 27 de CLPS. aprovada pelo Decreto n.º 39:312 de 23:01/84. e resolução CFM - 1190/84 e será expedido p/ justificativa de 1ª a 15ª dias de afastamento do trabalho.