

## PORTARIA Nº 343/2018

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE IATI, Estado de Pernambuco, no uso de suas atribuições que o cargo lhe confere e de acordo com o disposto no Art. 79, inciso XLII da Lei Orgânica Municipal, promulgada em 05 de abril de 1990 e a Lei Municipal n.º 124/97;

CONSIDERANDO Pedido de Licenças Médicas, datado em 12 de novembro de 2018;

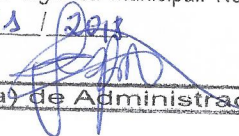
### RESOLVE:

Art. 1º - Conceder a Sra. **VIVIANE PEREIRA DA SILVA**, contratada na função de ENTREVISTADOR DO BOLSA FAMÍLIA, lotada na Secretaria de Assistência Social, deste Município, Licença à Gestação, por um período de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 2º - Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO, em 14 de novembro de 2018.

<p><b>CERTIDÃO</b></p> <p>Certifico, que o (a) presente <u>Port. 343/2018</u>, foi publicado (a) nos Termos do Art. 97º, Inciso I, alínea "b" da Constituição do Estado, combinado com o Art. 79º, Inciso XXV da Lei orgânica Municipal. Nesta data Iati (PE), <u>14 / 11 / 2018</u></p> <p></p> <p>Secretário (a) de Administração</p>
--

  
**ANTONIO JOSE DE SOUZA**  
- PREFEITO -  
Antonio Jose de Souza  
Prefeito

# PREFEITURA MUNICIPAL DE IATI

AVENIDA SETE DE SETEMBRO S/Nº - CENTRO - IATI/PE  
CNPJ: 11.286.374/0001-31 FONE: (087)3786-1156 CEP: 55345-000

<b>REQUERIMENTO:</b>		<b>PEDIDO DE LICENÇAS MEDICAS</b>	
Exmo <sup>o</sup> Sr. Secretario de Administração			
Nome do Requerente: <u>Viviane Pereira da Silva</u>			
Matricula:	Cargo Função: <u>Entrevistadora do Bolsa Familia</u>		
Nível:	Padrão:	Identidade: <u>9.103.781</u>	
Secretaria: <u>Apoio Social</u>			
Unidade de Trabalho: <u>Cadastro Unico</u>			
Requer a V. Exa. Que se digne conceder-lhe:			
Licença para tratamento de Saúde ( )			
Licença à gestante (X)			
Licença por motivo de doença em pessoas da família ( )			
Pelo período de: <u>cento e vinte</u> ) dias, correspondente a			
Licença inicial ( )			
Licença em prorrogação ( )			
A partir de: ___/___/___			
Pede deferimento			
Local:		Data: ___/___/___	
<u>Viviane Pereira da Silva</u> Assinatura do Requerente.			
Unidade de Trabalho: <u>Cadastro Unico / Bolsa Familia</u>			
O Funcionário começou a faltar ao expediente em: <u>12 / 11 / 18</u>			
Confirmo qualificação funcional do requerente			
Local:		Data: ___/___/___	
<u>Camila Aparecida Tenório Couto de Souza</u> Assinatura da Chefia.			
<b>SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO</b>			
<b>LAUDO MÉDICO</b>			
Nome do Paciente: <u>Viviane Pereira da Silva</u>			
Exames realizados:			
<u>de rotina</u>			
Diagnóstico:			
<u>Porto normal</u>			
Pedido de Licença: ( <u>120 dias</u> )		dias a partir de: <u>12 / 11 / 2018</u>	
Local:		Data: ___/___/___	
Dr. Jose Sales Tenorio Paz Médico CRM 07647		<u>07647</u>	
ASSINATURA DO MÉDICO		CRM	