



PREFEITURA MUNICIPAL DE RETIROLÂNDIA

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Para Uso da Direção:

## REQUERIMENTO

Nome: 679-EDENILZA FERREIRA LIMA Admissão: 01/03/2004  
Cargo: GARI Unidade: SEC. MUN. INFRAESTRUTURA E SERV  
RG: 07806968 83 CPF: 63884240587 Local de Trab.: SEDE  
Endereço: RUA 31 DE MARCO, Nº 264, Bairro: CENTRO, Cidade: RETIROLÂNDIA

REQUER A V. Sa., SE DIGNO CONCEDER

- |                                                                  |                                                                         |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ABONO DE FALTA                          | <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO                        |
| <input type="checkbox"/> ADIANTAMENTO DO 13º SALÁRIO (6/12 AVOS) | <input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE                            |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA                           | <input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRAT. DE SAÚDE         |
| <input type="checkbox"/> HORAS EXTRAS                            | <input type="checkbox"/> LICENÇA PATERNIDADE                            |
| <input type="checkbox"/> AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO           | <input type="checkbox"/> LICENÇA POR INTERESSE PARTICULAR               |
| <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO            | <input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO POR ASSIDUIDADE      |
| <input type="checkbox"/> CONTAGEM DE TEMPO DE SERVIÇO            | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE CONTA CORRENTE                      |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO                              | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE ENDEREÇO                            |
| <input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO         | <input type="checkbox"/> PENSÃO                                         |
| <input type="checkbox"/> DISPENSA DE FUNÇÃO                      | <input type="checkbox"/> PROGRESSÃO FUNCIONAL POR TITULAÇÃO – DOCENTE   |
| <input type="checkbox"/> FÉRIAS (1/3)                            | <input type="checkbox"/> PROGRESSÃO FUNCIONAL POR TITULAÇÃO – ADMINIST. |
| <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTES IRRF            | <input type="checkbox"/> ABONO PECUNIARIO                               |
| <input type="checkbox"/> RESCISÃO DE CONTRATO                    | <input type="checkbox"/> PEDIDO DE DESL POR MOTIVO DE APOSENTADORIA     |
| <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTES SALÁRIO FAMÍLIA | <input type="checkbox"/> OUTROS                                         |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIAS                                 |                                                                         |

Justificativa/Observação

*por motivo de saúde com relatório do Reumatologista e Psiquiatra - RESCISÃO*

Nestes termos  
P. deferimento

RETIROLÂNDIA, 15 de setembro de 2025.

*Edenilza Ferreira Lima*  
Assinatura do Requerente

Data: 15/09/2025

Chefe Imediato

☐ Deferido  
☐ Indeferido

OBS:

Data:   /  /   Assinatura                     

Departamento Pessoal

☐ Providenciado

Assinatura

Data:   /  /  

Prefeito(a) Municipal

☐ Deferido  
☐ Indeferido

Assinatura

Data:   /  /

**UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RETIROLÂNDIA**

Nome: Edson. Lm. FERNANDES

1) D<sup>5</sup>P 60mg

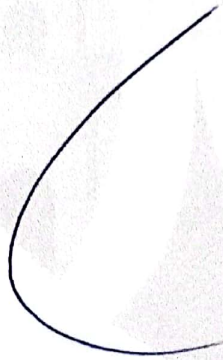
(0)

us: 9 cp, 4x ao dia

2) Limiar 150mg

(1)

us: 9 cp, 4x a noite

  
**Dr. Zenon Nunes**  
Reumatologia  
CRM - BA 24808

Retirolândia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Médico

Faça seu acompanhamento de saúde por uma unidade básica

## ATESTADO

### RELATÓRIO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE EDENILZA FERREIRA LIMA, CPF638.842.405-87, ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO REGULAR NO AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA/SAÚDE MENTAL (AMENT/SESAB) EM DECORRÊNCIA DE TRANSTORNO ANSIOSO E FIBROMIALGIA, CURSANDO COM PALPITAÇÃO, PENSAMENTOS ACELERADOS, SENSÇÃO DE NÓ EM GARGANTA, TREMOR, MÁ QUALIDADE DE SONO, DOR CRÔNICA E DIFUSA, PREDOMINANTE EM ARTICULAÇÕES.

EM USO DE PREGABALINA 150 MG/DIA DULOXETINA 60 MG/DIA.

DIANTE O EXPOSTO, SE TRATANDO DE UM QUADRO CRÔNICO DE DIFÍCIL CONTROLE, QUE TRAZ IMPACTO IMPORTANTE NAS DIVERSAS ÁREAS DA VIDA DA PASSIENTE, QUE OCASIONA PREJUÍZO FUNCIONAL IMPORTANTE, SOLICITO AVALIAÇÃO PERICIAL PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO SOCIAL. CID: F41.8 + M79.7

Retirolândia - BA, 11 de setembro de 2025



\_\_\_\_\_  
Agnaldo Alves de Carvalho Sobrinho - CRM - BA 30292

MÉDICO PSIQUIATRA

Retirolândia - BA, 11 de setembro de 2025