

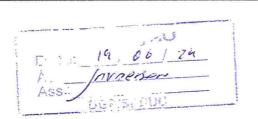
| A Junta Médica Pericial do Est<br>servidor(a) <u>KARLA KAROLINE SOUS</u> |   |  |
|--|---|--|
|  |   | CPF; 94661472268   |
| público, matricula nº 2122014B   | lotado no (a): SEDUC                    | unidade: ESC. EST. PROF ALDA BARATA                        |
| ocupado do Cargo de: PROFESSO  | OR                                      |  |
| e residente a: Rua Taperoa, Nº 18  |   | CEP: 69043190  |
| Bairro: Alvorada   | cidade:MANAUS/AMAZONAS                  | telefone: (92) 99312-6718 de                               |
| acordo com o atestado em anexo<br>LICENÇA MÉDICA/ESTATUTÁRIA             | , vem perante essa Junta Médica Pericia | ıl do Estado requerer:                                     |
| Data <u>21/05/2024</u>   | Karla Oli vena<br>Requerente - C.I.Nº   | Ag. Setor de Pessoal                                       |
|  | Para uso exclusivo da J.M               | .P.E   |
|  | LAUDO MÉDICO Nº                         | 275002/2024  |
|  |   |  |
| Licença  | Período                                 | Data do exame  |
| Licença<br>Por 7 dias  | Período<br>26/04/2024 à 02/05/2024      |  |
|  |   | Data do exame  |
| Por 7 dias   |   | Data do exame  |
| Por 7 dias  LAUDO  |   | Data do exame<br>21/05/2024                                |
| Por 7 dias  LAUDO  CID <sub>M25.5</sub>                                  |   | Data do exame 21/05/2024  Licença Negada                   |
| Por 7 dias  LAUDO  |   | Data do exame 21/05/2024  Licença Negada  Décurso de Prazo |

Endereço: Rua Igarapé de Manaus, s/nº, Quadra 3, Parque Residencial Manaus (Prosamim), no antigo prédio onde funcionava a sede do Prosamim, Centro, Manaus-AM. Telefone (92)3082-6560

E: 14, 06 129
Ass. / Warsham
Ass. / Warsham



| A Junta Médica Pericial do Estados escridor(a) <u>WILIANY DE LIMA MELO</u>   | do                        | CPF: 52220656268   |
|--|---------------------------|--|
|  | _ lotado no (a):_SEDUC    | unidade: EE LUIZINHA NASCIMENTO  |
| ocupado do Cargo de: MERENDEIR   |                           |  |
| e residente a: Rua Maraã, Nº 2187  |                           | CEP: 69065222  |
| Bairro: Cachoeirinha   | cidade:MANAUS/AMAZONAS    | telefone: (92)98511-8090 de  |
| acordo com o atestado em anexo, v<br>LICENÇA MÉDICA/ESTATUTÁRIA  |                           |  |
| Data <u>21/05/2024</u>   | Requerente - GI.N°        | Ag. Setor de Pessoal   |
|  | Para uso exclusivo da J.N | 1.P.E  |
| L  | LAUDO MÉDICO N            | O 274915/2024  |
| Licença  | Período                   | Data do exame  |
| Por 30 dias  | 30/03/2024 à 28/04/2024   | 21/05/2024   |
| LAUDO  |                           |  |
| CID <sub>D27</sub>   |                           | Licença Negada   |
|  |                           | Decurso de Prazo   |
| SECRETARIA DE ESTADO DE ADMANSTRACIÓN DE LA SECRETARIA DE ESTADO DE ADMANSTRACIÓN DE LA SECRETARIA DE LA SEC |                           | Junta Especial   |
| Dra. Negne Magalhães de Anu .<br>Médica Perita-CRM/AM 4333   |                           | JUNIA MÉDICO TERICIAL DO BETADO  |
| Perito   | Perito                    | Dra Class José Mon és V. Disservición de V. Disserv |





| A Junta Médica Pericial do Estac<br>servidor(a) ISIS ESTER CRUZ DE OLIVE |  | CDC-77765516272                  |
|--|--|----------------------------------|
| 31.7.2.2.2.  |  | CPF:77765516272                  |
| público, matricula nº 220.971-3A   | _ lotado no (a): <u>SEDUC</u> un         | idade: E.E.ARISTOTELES C.ALENCAR |
| ocupado do Cargo de: PROFESSOR   |  |                                  |
| e residente a: JOSÉ ROMÃO, № 415   |  | CEP: 69085288                    |
| Bairro: SÃO JOSÉ OPERÁRIO  | cidade: MANAUS/AMAZONAS                  | telefone: (92)98243-1446 de      |
| LICENÇA MATERNIDADE/EST  | rem perante essa Junta Médica Pericial d | lo Estado requerer:              |
| Data10/05/2024_  | Requerente - C.I.Nº                      | Ag. Setor de Pessoal             |
|  | Para uso exclusivo da J.M.P              | .E                               |
|  | LAUDO MÉDICO Nº                          | 274137/2024                      |
| Licença  | Período                                  | Data do exame                    |
| Por 180 dias   | 02/05/2024 à 28/10/2024                  | 10/05/2024                       |
| LAUDO  |  |                                  |
| CID z39.2  |  | Licença Negada                   |
| ( ), (   |  |                                  |
|  |  | Decurso de Prazo                 |
|  |  | Decurso de Prazo  Junta Especial |
| Dr. José Levy Santos<br>Médico Perito<br>CRM/AM 6416                     |  |                                  |



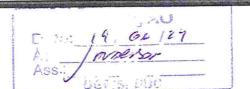


| A Junta Médica Pericial do Esta servidor(a) ISIS ESTER CRUZ DE OLIV |  | CPF:77765516272                   |
|---|--|-----------------------------------|
| público, matrícula nº 220.971-3A                                    | lotado no (a): SEDUCu                  | nidade: E.E.ARISTOTELES C.ALENCAR |
| ocupado do Cargo de: PROFESSOR                                      |  |                                   |
| e residente a: JOSÉ ROMÃO, № 415                                    |  | CEP: 69085288                     |
| Bairro: SÃO JOSÉ OPERÁRIO   | cidade: MANAUS/AMAZONAS                | telefone: (92)98243-1446 de       |
| acordo com o atestado em anexo,<br>LICENÇA MÉDICA/ESTATUTA          | vem perante essa Junta Médica Pericial | do Estado requerer:               |
| Data10/05/2024  | Requerente - C.I.Nº                    | Ag. Setor de Pessoal              |
|   | Para uso exclusivo da J.M.             | P.E                               |
|   | LAUDO MÉDICO Nº                        | 274139/2024                       |
|   |  |                                   |
| Licença   | Período                                | Data do exame                     |
| Licença<br>Por 7 dias   | Período<br>22/04/2024 à 28/04/2024     | Data do exame<br>10/05/2024       |
|   |  | al b e                            |
| Por 7 dias  |  | al b e                            |
| Por 7 dias  |  | 10/05/2024                        |
| Por 7 dias  |  | Licença Negada                    |
| Por 7 dias  |  | Licença Negada  Decurso de Prazo  |





| A Junta Médica Pericial do Estad servidor(a) SARAH JESSICA GUIMARAES |                         | CPF:00918503205  |
|--|-------------------------|--|
| público, matrícula nº 239.192-9A                                     |                         | unidade: E.E.TEM.INT.GILBERTO M.M.R.                                 |
| ocupado do Cargo de: PEDAGOGO  |                         |  |
| e residente a: Rua Jaruã, № 41                                       |                         | CEP: 69090331  |
| Bairro: Cidade Nova  | cidade: MANAUS/AMAZONAS | telefone: (92) 98125-8634 de   |
| acordo com o atestado em anexo, ve<br>LICENÇA MATERNIDADE/ESTA       |                         | icial do Estado requerer:  |
| Data_23/01/2024  | Requerente - C.I.N°     | Ag. Setor de Pessoal   |
|  | Para uso exclusivo da J | .M.P.E   |
| L  | AUDO MÉDICO I           | O 26/5324  |
| Licença  | Período                 | Data do exame  |
| Por 180 días   | 28/12/2023 à 24/06/202  | 4 23/01/2024   |
| LAUDO  |                         |  |
| CID z39.2  |                         | Licença Negada   |
|  |                         | Decurso de Prazo   |
|  |                         | Junta Especial   |
| Dra. Willifar Zeungrani Nurani Médica PERRO/AM 3621                  |                         | PUNTA MEDICO PERICIAL DO ESTADO  DITA CHESSA ESTADO MARIA de V. Dias |



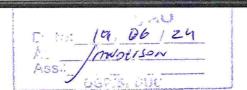


| A Junta Médica Pericial do Esta<br>servidor(a) <u>CARDOCY RONI PINHEIRO</u> |   | CPF:62243594234                        |
|---|---|--|
| público, matrícula nº 1658565A  |   | idade: ESC. EST. DRA ZILDA ARNS NEUMAN |
| ocupado do Cargo de: PROFESSOR  |   |  |
| e residente a: Rua Nassau, № 2  |   | CEP: 69097508                          |
| Bairro: Nova Cidade   | cidade: MANAUS/AMAZONAS                     | telefone: (92)98469-5441 de            |
| acordo com o atestado em anexo, v<br>LICENÇA MÉDICA/ESTATUTÁ                | rem perante essa Junta Médica Pericial d    | lo Estado requerer:                    |
| Data17/05/2024  | Carrocy Moni / Silva<br>Requerente - C.I.Nº | Ag. Setor de Pessoal                   |
|   | Para uso exclusivo da J.M.P                 | .E                                     |
|   | LAUDO MÉDICO Nº                             | 274704/2024                            |
| Licença   | Período                                     | Data do exame                          |
| Por 60 dias   | 26/04/2024 à 24/06/2024                     | 17/05/2024                             |
| LAUDO   |   |  |
| CID   |   | I to be a Nice and I                   |
| CID F41.2, F32.2  |   | Licença Negada                         |
| F41.2, F32.2  |   | Decurso de Prazo                       |
| F41.2, F32.2  |   |  |



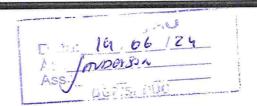


| A Junta Médica Pericial do Estad                               | do                                      |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| servidor(a) EDUARDA PEIXOTO CORDE                              | IRO                                     | CPF:00425407209                       |
| público, matrícula nº 234.118-2A                               | _ lotado no (a): <u>SEDUC</u> ur        | nidade: COLEGIO BRAS. PEDRO SILVESTRE |
| ocupado do Cargo de: PROFESSOR                                 |   | -                                     |
| e residente a: SETÚBAL, № 35                                   |   | CEP: 69067670                         |
| Bairro: PETRÓPOLIS   | cidade: MANAUS/AMAZONAS                 | telefone: (92)98645-6525 de           |
| acordo com o atestado em anexo, ve<br>LICENÇA MÉDICA/ESTATUTÁR | em perante essa Junta Médica Pericial d | do Estado requerer:                   |
| Data04/06/2024   | Requerente - C.I.Nº                     | Ag. Setor de Pessoal                  |
|  | Para uso exclusivo da J.M.F             | r.E                                   |
| Ĺ  | AUDO MÉDICO Nº                          | 275881/2024                           |
| Licença  | Período                                 | Data do exame                         |
| Por 30 dias  | 09/05/2024 à 07/06/2024                 | 04/06/2024                            |
| LAUDO  |   |                                       |
|  |   |                                       |
| CID M54.4  |   | Licença Negada                        |
| CID M54.4  |   | Licença Negada  Decurso de Prazo      |
| Dra. Milya Zeimaram Nifrani Médica CRIMAM SE21  Perito         | Perito                                  |                                       |



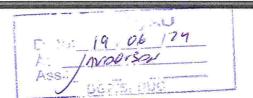


| A Junta Médica Pericial do Esta servidor(a) NARLY GOES GURGEL DO A            |   | CPF:41648544215                  |
|---|---|----------------------------------|
| público, matrícula nº 127.909-2D  |   | unidade: E.E.LETICIO DE C.DANTAS |
| ocupado do Cargo de: PROFESSORA   | an 20   |                                  |
| e residente a: Rua Barão de Surui, №  | 460   | CEP: 69058260                    |
| Bairro: Flores  | cidade: MANAUS/AMAZONAS   | telefone: (92)99418-8524 de      |
| acordo com o atestado em anexo, v<br>LICENÇA MÉDICA/ESTATUTÁ  Data 13/06/2024 | rem perante essa Junta Médica Pericial RIA  Neguerente - C.I.N° | Ag. Setor de Pessoal             |
|   | Para uso exclusivo da J.M.                                      | P.E                              |
|   | LAUDO MÉDICO Nº   | 276624/2024                      |
|   |   |                                  |
| Licença   | Período   | Data do exame                    |
| Licença<br>Por 60 dias  | Período<br>01/06/2024 à 30/07/2024                              | Data do exame<br>13/06/2024      |
|   |   |                                  |
| Por 60 dias   |   |                                  |
| Por 60 dias   |   | 13/06/2024                       |
| Por 60 dias   |   | Licença Negada                   |





| A Junta Médica Perici                     | ial do Estado   |  |
|---|---|--|
| servidor(a) ANDERSON CA                   |   | CPF:89518934215  |
| público, matrícula nº 🗵                   | 228.909-1B lotado no (a): <u>SEDUC</u> u                          | inidade: EE DES. ANDRE VIDAL ARAUJO                        |
| ocupado do Cargo de:                      |   |  |
| e residente a: BARÃO DE P                 | PARIMA, № 452   | CEP: 69058230  |
| Bairro: FLORES                            | cidade: MANAUS/AMAZONAS   | telefone: (92)99447-2830 de                                |
| acordo com o atestado e<br>LICENÇA MÉDICA | em anexo, vem perante essa Junta Médica Pericial<br>A/ESTATUTÁRIA | do Estado requerer:  |
| Data                                      | Andwson Vandow Bau<br>Requerente - C.I.Nº                         | Ag. Setor de Pessoal                                       |
|   | Para uso exclusivo da J.M.  | P.E  |
|   | LAUDO MÉDICO Nº   | 274993/2024  |
|   |   | 214993/2024  |
| Licença                                   | Período   | Data do exame  |
| Licença<br>Por 90 dias                    | X 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10                          |  |
|   | Período   | Data do exame  |
| Por 90 dias                               | Período   | Data do exame  |
| Por 90 dias                               | Período   | Data do exame 21/05/2024  Licença Negada                   |
| Por 90 dias                               | Período   | Data do exame<br>21/05/2024                                |
| Por 90 dias                               | Período   | Data do exame 21/05/2024  Licença Negada                   |
| Por 90 dias                               | Período<br>01/05/2024 à 29/07/2024                                | Data do exame 21/05/2024  Licença Negada  Decurso de Prazo |





| A Junta Médica Pericial do   | Estado  |   |
|--|---|---|
| servidor(a) RODOLPHO MORAES  | DA MOTA   | CPF:40690563272   |
| público, matrícula nº 169.420  | O-OM lotado no (a): SEDUC                             | unidade: ESC. EST. PROFA, RUTH P. GONCALV                                   |
| ocupado do Cargo de: PROFES  | SOR PF40  |   |
| e residente a: AV EDMUNDO SOA  | RES, Nº 354   | CEP: 69000000   |
| Bairro: FLORES   | cidade: MANAUS/AMAZONAS                               | telefone: (92)98118-8157 de   |
| acordo com o atestado em ane<br>LICENÇA MÉDICA/ESTA                                | exo, vem perante essa Junta Médica Pericia<br>TUTÁRIA | al do Estado requerer:  |
| Data11/06/2024   | Ashal M. M. Ta.<br>Requerente - C.I.No                | Ag. Setor de Pessoal  |
|  | Para uso exclusivo da J.M                             | .P.E  |
|  |   |   |
|  | LAUDO MÉDICO Nº                                       | 276510/2024   |
| Licença  | LAUDO MÉDICO No                                       | 276510/2024  Data do exame  |
| <b>Licença</b><br>Por 46 dias  |   |   |
| 2.24   | Período   | Data do exame   |
| Por 46 dias  | Período   | Data do exame   |
| Por 46 dias  LAUDO   | Período   | Data do exame<br>11/06/2024   |
| Por 46 dias  LAUDO   | Período<br>20/05/2024 à 04/07/2024                    | Data do exame  11/06/2024  Licença Negada  Decurso de Prazo  Junta Especial |
| Por 46 dias  LAUDO  CID 120  Secretaria de Estado de Administração e Gestão - SEAD | Período<br>20/05/2024 à 04/07/2024                    | Data do exame 11/06/2024  Licença Negada  Decurso de Prazo                  |





| A Junta Médica Pericial do E<br>servidor(a) <u>ALMERIO BANDEIRA DE</u> |  | CPF:57200955272  |
|--|--|--|
| público, matrícula nº 2367548,   | A lotado no (a): SEDUC                             | unidade: E.1 GRAU CORINTO B FAÇANHA                        |
| ocupado do Cargo de: PROFESS   | OR   |  |
| e residente a: MONTEIRO DE SOUZ  | A, Nº 246  | CEP: 69000000  |
| Bairro: CENTRO   | cidade: TEFé/AMAZONAS                              | telefone: (92)0000-0000 de                                 |
| acordo com o atestado em anex<br>LICENÇA MÉDICA /EST/HI                | o, vem perante essa Junta Médica Peric<br>PI/SIGED | ial do Estado requerer:                                    |
| Data21/05/2024   | Requerente - C.I.Nº                                | Ag. Setor de Pessoal                                       |
|  | Para uso exclusivo da J.N                          | 1.P.E  |
| (i) 4  | LAUDO MÉDICO N                                     | O 275032/2024  |
|  | ENODO MEDICO IV                                    | 275032/2024  |
| Licença  | Período  | Data do exame  |
| Licença<br>Por 14 dias   |  |  |
|  | Período  | Data do exame  |
| Por 14 dias  | Período  | Data do exame  |
| Por 14 dias  | Período  | Data do exame<br>21/05/2024                                |
| Por 14 dias  | Período  | Data do exame 21/05/2024  Licença Negada                   |
| Por 14 dias  | Período  | Data do exame 21/05/2024  Licença Negada  Decurso de Prazo |



| A Junta Médica Pericial do Estad<br>servidor(a) <u>ANGELA MARIA TAVERA MA</u> |                   |                             | CPF:87782910200                  |
|---|-------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| público, matrícula nº 264.146-1A  | lotado no (a): SE | DUCunidade                  | c.E.T.INT.PROF. ARISTELIO S.O    |
| ocupado do Cargo de: MERENDEIRO   |                   |                             |                                  |
| e residente a: THOMAS DE LIMA, Nº 0   |                   |                             | CEP: 69630000                    |
| Bairro: CENTRO  | cidade: BEN       | AMIN CONSTANT/AMAZONA       | Gelefone: (97) 98414-3479 de     |
| acordo com o atestado em anexo, ve  | •                 | unta Médica Pericial do Est | tado requerer:                   |
| Data15/05/2024  | Requerer          | ite - C.I.Nº                | Ag. Setor de Pessoal             |
|   | Para uso ex       | clusivo da J.M.P.E          |                                  |
| L   | AUDO M            | IÉDICO Nº 274               | 480/2024                         |
|   |                   |                             |                                  |
| Licença   |                   | Período                     | Data do exame                    |
| Licença<br>Por 15 dias  | 15/04/2024        | Período<br>à 29/04/2024     | Data do exame<br>15/05/2024      |
|   | 15/04/2024        |                             |                                  |
| Por 15 dias  LAUDO  | 15/04/2024        |                             |                                  |
| Por 15 dias  LAUDO  | 15/04/2024        |                             | 15/05/2024                       |
| Por 15 dias  LAUDO  | 15/04/2024        |                             | 15/05/2024  Licença Negada       |
| Por 15 dias  LAUDO  | 15/04/2024        |                             | Licença Negada  Decurso de Prazo |



hounds of ship

| A Junta Médica Pericial do Est<br>servidor(a) ALDEJANE CABRAL DA SIL |   | CPF:74094432272  |
|--|---|--|
|  | /   | unidade: E.1 GRAU CORINTO B FAÇANHA  |
| ocupado do Cargo de: MERENDEIF                                       | RO  |  |
| e residente a: RUA JOSE DE ALENCAF                                   | R, Nº 63                                      | CEP: 69120000  |
| Bairro: SANTO ANTONIO  | cidade: TEFé/AMAZONAS                         | telefone: (92) 99170-1196 de   |
| acordo com o atestado em anexo,<br>LICENÇA MÉDICA /EST/HPI/          | vem perante essa Junta Médica Perici<br>SIGED | ial do Estado requerer:  |
| Data 15/05/2024  | Requerente - C.I.Nº                           | Ag. Setor de Pessoal   |
|  | Para uso exclusivo da J.N                     | Л.Р.Е  |
|  | LAUDO MÉDICO N                                | o <sub>274431/2024</sub> /   |
| Licença  | Período                                       | Data do exame  |
| Por 30 dias  | 16/04/2024 / à 15/05/2024 ·                   | / 15/05/2024   |
| LAUDO  |   |  |
| CID F41.3  |   | Licença Negada   |
|  |   | Decurso de Prazo   |
|  |   | Junta Especial   |
| Dr. José Levy Santos<br>Médico Perito<br>CRM/AM 6416                 |   | acretaria de Estaguladministração e Gara-<br>JUNTA MÉDICO - PERICIAL DO ESTADO |
| Perito   | Perito  | Dra. Adesidence de V. Dias<br>Presidence - CRM/AM 2636                         |



| A Junta Médica Pericial do I<br>servidor(a) <u>ANGELA MARIA TAVER</u> |   | CPF:87782910200  |
|---|---|--|
| público, matrícula nº 264.146   |   | unidade: ESC. EST. INDIG. PROF. GILDO S.M.                                       |
|   | Nº 0  cidade: BENJAMIN CONSTANT  xo, vem perante essa Junta Médica Pe | CEP: 69630000  F/AMAZONAtelefone: (97) 98414-3479 de  ricial do Estado requerer: |
| LICENÇA MÉDICA /EST/F  Data30/04/2024                                 | Requerente - C.I.N°   | Ag. Setor de Pessoal   |
|   | Para uso exclusivo da J   | I.M.P.E  |
| ~   | LAUDO MÉDICO  | No <sub>273259/2024</sub>  |
|   |   |  |
| Licença   | Período   | Data do exame  |
| <b>Licença</b> Por 12 dias  | Período<br>01/04/2024 <b>à</b> 12/04/202                              | Data do exame  |
|   |   | Data do exame  |
| Por 12 dias   |   | Data do exame  |
| Por 12 dias   |   | Data do exame 30/04/2024   |
| Por 12 dias   |   | Data do exame 30/04/2024  Licença Negada   |



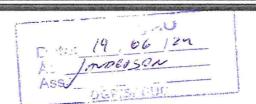
| A Junta Médica Pericial do Esta<br>servidor(a) BARBARA JULIANA OLIVEIR |   | CPF:95022538253                  |
|--|---|----------------------------------|
| público, matrícula nº 253.651-0A                                       |   | dade: ESC EST LENINA F.DA SILVA  |
|  | _ lotado fio (a).                                 | dauc                             |
| ocupado do Cargo de: PROFESSOR   |   |                                  |
| e residente a: Rua Capibaribe, № 5                                     |   | CEP: <u>69098032</u>             |
| Bairro: Novo Aleixo  | cidade: MANAUS/AMAZONAS                           | telefone: (97)98416-9462 de      |
| acordo com o atestado em anexo, v<br>LICENÇA MÉDICA/ESTATUTÁ           | rem perante essa Junta Médica Pericial d<br>RIA   | o Estado requerer:               |
| Data24/05/2024_  | Ban bara Salions O. Lairma<br>Requerente - C.I.No | Ag. Setor de Pessoal             |
|  | Para uso exclusivo da J.M.P.                      | Е                                |
|  | LAUDO MÉDICO Nº                                   | 275328/2024                      |
| Licença  | Período   | Data do exame                    |
|  |   |                                  |
| Por 180 dias   | 06/05/2024 à 01/11/2024                           | 24/05/2024                       |
| Por 180 dias   | 06/05/2024 à 01/11/2024                           | 24/05/2024                       |
|  | 06/05/2024 à 01/11/2024                           | Licença Negada                   |
| LAUDO  | 06/05/2024 à 01/11/2024                           |                                  |
| LAUDO  | 06/05/2024 à 01/11/2024                           | Licença Negada                   |
| LAUDO  | 06/05/2024 à 01/11/2024                           | Licença Negada  Decurso de Prazo |

Endereço: Rua Igarapé de Manaus, s/nº, Quadra 3, Parque Residencial Manaus (Prosamim), no antigo prédio onde funcionava a sede do Prosamim, Centro, Manaus-AM. Telefone (92)3082-6560

14 06 12h 1 jovneson Ass. Jovneson



| A Junta Médica Pericial do Es  | tado  |   |
|--|---|---|
| servidor(a) JOSE WALLACE RODRIGU                                     | JES FERREIRA                                      | CPF: <u>38378663272</u>                   |
| público, matrícula nº 122.826-9                                      | B lotado no (a): SEDUCu                           | nidade: CENTRO ATEND. ESP. MAYARA R. A. A |
| ocupado do Cargo de: PROFESSO  | DR .  | T-1010011111111111111111111111111111111   |
| e residente a: Travessa Rio dos Pires                                | s, Nº 10  | CEP: 69038370                             |
| Bairro: Lírio do Vale 2  | cidade: MANAUS/AMAZONAS                           | telefone: (92)98197-7132 de               |
| acordo com o atestado em anexo<br>LICENÇA MÉDICA/ESTATU              | , vem perante essa Junta Médica Pericial<br>TÁRIA | do Estado requerer:                       |
| Data <sup>27/05/2024</sup>   | Diandia Kaulo<br>17 Requerente - C.I.No           | Ag. Setor de Pessoal                      |
|  | Para uso exclusivo da J.M.F                       | P.E                                       |
|  | LAUDO MÉDICO Nº                                   | 275415/2024                               |
| Licença  | Período   | Data do exame                             |
| Por 90 dias  | 07/05/2024 <b>à</b> 04/08/2024                    | 27/05/2024                                |
| LAUDO  |   |   |
|  |   |   |
| CID F41.1  |   | Licença Negada                            |
| CID F41.1  |   | Licença Negada  Decurso de Prazo          |
| SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇ<br>JUNTA MÉDICA-PERICIAL DO ESTA | AU  | Decurso de Prazo  Junta Especial          |
| OCCIDETADIA DE ESTADO DE ADMINISTRAC                                 | sado  | Decurso de Prazo                          |





| A Junta Médica Pericial do Est<br>servidor(a) <u>CRISTIANNE LIMA SEAE</u> |  | CPF: 58214534291            |
|---|--|-----------------------------|
| público, matrícula nº 175.244-8J  | lotado no (a): _SEDUC ur                   | nidade: E.E.RUY ARAUJO      |
| ocupado do Cargo de: PROFESSO   | OR   |                             |
| e residente a: <u>AV TARUMA, Nº 1575</u>                                  | 5  | CEP: 69000000               |
| Bairro: PÇ 14 DE JANEIRO  | cidade:MANAUS/AMAZONAS                     | telefone: (92)99975-0470 de |
| acordo com o atestado em anexo,<br>LICENÇA MÉDICA/ESTATUTÁRIA             | , vem perante essa Junta Médica Pericial ( | do Estado requerer:         |
| Data 28/05/2024   | Requerente - C.I.Nº                        | Ag. Setor de Pessoal        |
|   | Para uso exclusivo da J.M.F                | P.E                         |
|   | LAUDO MÉDICO Nº                            | 275587/2024                 |
| Licença   | Período                                    |                             |
| 2001/30   | Periodo                                    | Data do exame               |
| Por 90 dias   | 30/04/2024 à 28/07/2024                    | 28/05/2024                  |
|   |  |                             |
| Por 90 dias   |  |                             |
| Por 90 dias  LAUDO  |  | 28/05/2024                  |
| Por 90 dias  LAUDO  |  | Licença Negada              |

Endereço: Rua Igarapé de Manaus, s/nº, Quadra 3, Parque Residencial Manaus (Prosamim), no antigo prédio onde funcionava a sede do Prosamim, Centro, Manaus-AM. Telefone (92)3082-6560

19, 66/24 Ass: Jonather Ass: Jonather



| A Junta Médica Pericial do Estac<br>servidor(a) FRANCISCO ALBERTO BATIS | 22.25                                 | CPF:22941100210  |
|---|---------------------------------------|--|
| público, matrícula nº 025.328-6D  |                                       |  |
| ocupado do Cargo de: PROFESSOR  |                                       |  |
| e residente a: SAO PEDRO, Nº 140  |                                       | CEP: 69000000  |
| Bairro: SANȚA ROSA  | cidade:TEFé/AMAZONAS                  | telefone: (97)0000-0000 de                                 |
| acordo com o atestado em anexo, ve                                      |                                       | icial do Estado requerer:                                  |
| Data16/05/2024  | Qiandra Karls  () Requerente - C.I.N° | Ag. Setor de Pessoal                                       |
|   | Para uso exclusivo da J.              | M.P.E  |
|   | AUDO MÉDICO N                         | 10 <sub>274558/2024</sub>                                  |
|   | ., .02025.00 .                        | 274330/2024  |
| Licença   | Período                               | Data do exame  |
|   |                                       | Data do exame  |
| Licença   | Período                               | Data do exame  |
| Licença  Por 10 dias  | Período                               | Data do exame  |
| Licença Por 10 dias  LAUDO  | Período                               | Data do exame<br>1 16/05/2024                              |
| Licença Por 10 dias  LAUDO  | Período                               | Data do exame 16/05/2024  Licença Negada                   |
| Licença Por 10 dias  LAUDO  | Período                               | Data do exame 16/05/2024  Licença Negada  Decurso de Prazo |



| A Junta Médica Pericial do Esta                           |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| servidor(a) GLAUCE MARIA DE CASTR                         | O SENA   | CPF: <u>72772778215</u>        |
| público, matrícula nº 224.474-8A                          | lotado no (a): SEDUC                           | unidade: ESC 1 GRAU EDUARDO SA |
| ocupado do Cargo de: PROFESSOR                            |  |                                |
| e residente a: FLORIANO PEIXOTO, Nº                       | 0  | CEP: 69000000                  |
| Bairro: CENTRO  | cidade: TEFé/AMAZONAS                          | telefone: (00)00000-0000 de    |
| acordo com o atestado em anexo, LICENÇA MÉDICA /EST/HPI/S | vem perante essa Junta Médica Pericia<br>SIGED | al do Estado requerer:         |
| Data23/05/2024  | Requerente - C.I.N°                            | Ag. Setor de Pessoal           |
|   | Para uso exclusivo da J.M                      | .P.E                           |
|   | LAUDO MÉDICO N                                 | 275182/2024                    |
| Licença   | Período  | Data do exame                  |
| Por 5 dias  | 06/05/2024 <b>à</b> 10/05/2024                 | 23/05/2024                     |
| LAUDO   |  |                                |
|   |  | Linna Manada                   |
| CID JO2   |  | Licença Negada                 |
| CID J02   |  | Decurso de Prazo               |
| CID 102   |  |                                |
| Dr. José Levy Santos<br>Médico Périto<br>CRM/AM 6416      |  | Decurso de Prazo               |





| A Junta Médica Pericial do Estad servidor(a) ED NELSON MAIA ALFAIA | 0                                | <b>CPF:</b> 74047027200  |
|--|----------------------------------|--|
|  | lotado no (a): SEDUC             | unidade: ESC EST. T. INT. FRANCISCO H.B.B.                                     |
| ocupado do Cargo de: PROFESSOR                                     |                                  |  |
| e residente a: Rua 13 de Maio, Nº 380                              |                                  | CEP: 69550089  |
| Bairro: Centro   | cidade: TEFe/AMAZONAS            | telefone: 92986038594 de   |
| acordo com o atestado em anexo, ve                                 |                                  | cial do Estado requerer:   |
| Data10/05/2024   | Requerente - C.I.N°              | Ag. Setor de Pessoal   |
|  | Para uso exclusivo da J.         | M.P.E  |
| L  | AUDO MÉDICO N                    | V° 274129/2024 /   |
| Licença  | Período                          | Data do exame  |
| Por 60 dias  | 15/04/2024 / <b>à</b> 13/06/2024 | 10/05/2024   |
| LAUDO  |                                  |  |
| CID F43.2  |                                  | Licença Negada   |
|  |                                  | Decurso de Prazo   |
|  |                                  | Junta Especial   |
| Dr. José Levy Santos<br>Médico Perito<br>CRM/AM 6416               |                                  | ecretaria de Estado Administração e Gesti<br>JUNTA MÉDICO - PERICIAL DO ESTADO |
| CKIMI AIM 64 TO  |                                  | Dra. Glatesia Bitana A 222   |



| A Junta Médica Pericial do Estac<br>servidor(a) MARLY DE SOUZA RAMOS | do                            | CPF:21395047200_   |
|--|-------------------------------|--|
| público, matrícula nº 025.101-1G                                     | _ lotado no (a): SEDUC        | unidade: ESC EST DEP ARMANDO MENDES GM   |
| ocupado do Cargo de: PROFESSOR                                       |                               |  |
| e residente a: ESTRADA DO BEXIGA, Nº                                 | º 1230                        | CEP: 69000000  |
| Bairro: JERUSALEM  | cidade:_ TEFé/AMAZONAS        | telefone: (97)98118-9260 de  |
| acordo com o atestado em anexo, v<br>LICENÇA MÉDICA /EST/HPI/SI      |                               | ricial do Estado requerer:   |
| Data24/05/2024_  | Requerente - C.I.N°           | Ag. Setor de Pessoal   |
|  | Para uso exclusivo da .       | J.M.P.E  |
|  | LAUDO MÉDICO                  | Nº <sub>275371/2024</sub>  |
| Licença  | Período                       | Data do exame  |
| Por 30 dias  | 30/04/2024 <b>à</b> 29/05/202 | 24 24/05/2024  |
| LAUDO  |                               |  |
| CID L50.3  |                               | Licença Negada   |
|  |                               | Decurso de Prazo   |
|  |                               | Junta Especial   |
| Dr. José Levy Santos<br>Médico Perito<br>CRM/AM 6416                 |                               | Secretaria de Estado Administração e Gesta:<br>JUNTA MÉDICO - PERICIAL DO ESTADO |
| Perito   | Perito                        | Dra Glaura Mora de V. Dias  Drasidente Presidente 2636                           |



| A Junta Médica Pericial do Esta<br>servidor(a) RAIMUNDO NONATO DOS S |  | CPF: <u>92805531272</u>            |
|--|--|------------------------------------|
| público, matrícula nº 237.655-58                                     | _ lotado no (a): <u>SEDUC</u> u        | inidade: ESC 1 GRAU E RIBEIRO EFET |
| ocupado do Cargo de: MERENDEIRO                                      | )                                      |                                    |
| e residente a: SANTA TEREZA , Nº 153                                 |  | CEP: 69470000                      |
| Bairro: SANTA TEREZA   | cidade: TEFé/AMAZONAS                  | telefone: (00)0000-0000 de         |
| acordo com o atestado em anexo, v<br>LICENÇA MÉDICA /EST/HPI/S       | rem perante essa Junta Médica Pericial | do Estado requerer:                |
| Data15/05/2024   | Requerente - C.I.N°                    | Ag. Setor de Pessoal               |
|  | Para uso exclusivo da J.M.             | P.E                                |
|  | LAUDO MÉDICO Nº                        | 274459/2024                        |
| Licença  | Período                                | Data do exame                      |
| Por 5 dias   | 15/04/2024 <b>à</b> 19/04/2024         | 15/05/2024                         |
| LAUDO  |  |                                    |
|  |  |                                    |
| CID 276.3  |  | Licença Negada                     |
| CID 276.3  |  | Licença Negada  Decurso de Prazo   |
| CID 276.3  |  |                                    |
| Dr. José Levy Santos<br>Médico Perito<br>CRM/AM 6416                 |  | Decurso de Prazo                   |



| A Junta Médica Pericial do                           | Estado  |   |
|--|---|---|
| servidor(a) FRANCISCO ALBERTO                        | BATISTA NUNES   | CPF:22941100210   |
| público, matrícula nº 025.328                        | 8-6F lotado no (a): SEDUC                               | unidade: ESC 1 GRAU G VARGAS EFET   |
| ocupado do Cargo de: PROFES                          | SSOR  |   |
| e residente a: SAO PEDRO, Nº 14                      | 0   | CEP: 69000000   |
| Bairro: SANTA ROSA                                   | cidade: TEFé/AMAZONAS                                   | telefone: (97)0000-0000 de  |
| acordo com o atestado em ane<br>LICENÇA MÉDICA /EST/ | exo, vem perante essa Junta Médica Pericia<br>HPI/SIGED | al do Estado requerer:  |
| Data16/05/2024                                       | Plandra Karlo   | Ag. Setor de Pessoal  |
|  | Para uso exclusivo da J.N                               | 1.P.E   |
|  | LAUDO MÉDICO N  | o 274557/2024   |
| Licença  | Período   | Data do exame   |
| Por 10 dias  | 17/04/2024 <b>à</b> 26/04/2024                          | 16/05/2024  |
| LAUDO  |   |   |
| CID 254.0  |   | Licença Negada  |
|  |   | Decurso de Prazo  |
| Dr. José Levy Santos<br>Médico Perito<br>CRM/AM 6416 |   | Junta Especial  Georetaria de Estado Administração e Gesturon Médico PERICIAL DO ESTADO |
| Perito   | Perito  | Dra. Glaur Rueside de la Dias<br>Dra Glaur Rueside de la CRM/AM 2636                    |