



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: DIANA PEREIRA ALVES CPF: 943.852.894-68

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA N°.

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: CRECHE: "MÃE MOISA"

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMILIA
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO
<input type="checkbox"/> FÉRIAS – GOZAR	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA
<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO
<input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE CARGO
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME
<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO	<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito afastamento das minhas atividades trabalhistas por um período de 30 dias a partir de 01-06-2023 conforme atestado em anexo.

Diana Pereira Alves
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 01/06/23

Data: ___/___/___



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Diana Pereira Alves

Alves Jady

Atesto que a supraescrita necessita de 30 (trinta) dias de afastamento das atividades laborais para realizar cuidados de Antônio José Alves, idoso de idade com quadro demencial avançada dos

Recabi em
05.06.23

Data: 01, 06, 23

Dr. Janistorp Sá
MÉDICO
CRM- 31751

Assinatura - CRM/CRO/COREN