



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: *Mania do Socorro Leite de Araújo* CPF: *097 395-464-71*

CARGO OU FUNÇÃO: *Aux. de Serviço Gerais* MATRICULA N°:

SECRETARIA: *saúde* LOCAL DE TRABALHO: *H PP*

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 type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

*solicito afastamento das atividades trabalhistas pelo
de 03 (três) dias a partir de 01/09/2023. conforme*

Mania do Socorro Leite
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *01/09/2023*

Data: ___/___/___



SECRETARIA ESTADUAL DE
SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente.

Maria DO SOCORRO Leite da ARAUJO

Portador (a) do RG _____

necessita de (02) DIAS

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir
desta data, por motivo de doença.

CID: S85.

DATA: 01/09/2023

Dr. Luiz Vitor
Traumato-Ortopedia
CRM - PE: 12345

Assinatura do(a) Médico e CRM

Recebi em

01-09-2023

[Handwritten Signature]