



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Maria do Socorro de B. Esp CPF: 899.999-814-15.

CARGO OU FUNÇÃO: Agente Administrativo MATRICULA Nº.

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: João de Deus Soares

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. 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 minhas atividades trabalhistas pelo período 30 dias, a partir do dia 26-06-2023, conforme atestado anexo.

ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data

23/07/2023

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MARIA BOMBA  
Lim NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 30 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.  
Clínica  
CID: R41.2

VERDEJANTE, 26 / 6 / 2013

[Signature]  
Dr. [Name] A. Rodrigues  
Fisioterapia Clínica  
CRF - 22367 / PE

ASSINATURA - CRM