

Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: <i>Elizete Alves maciel</i>	CPF: <i>092 141 954-63</i>
CARGO OU FUNÇÃO: <i>Ativ. de serviço</i>	MATRICULA N°:
SECRETARIA: <i>Secretaria de saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>PSF I</i>

DEM V. 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:

*Solicite das minhas atividades trabalhistas conforme
atestado médico anexa*

Elizete Alves maciel
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *03/08/2023*

Data: ___/___/___



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente

ATESTADO

Atesto por meio dos devidos procedimentos que
Elizacete Alves Maciel, 35 anos,
necessita da assistência na licença
maternidade a partir do dia
13/07/2023.

Data 13 07 23

Dra. Nolya Denise
Médica
CRM-CE 17317 RPE 22466

Assinatura: LEM CRICOREY