



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: <u>DIANA PEREIRA ALVES</u>	CPF: <u>943.852.894-68</u>
CARGO OU FUNÇÃO: <u>PROFESSORA</u>	MATRICULA N°:
SECRETARIA: <u>EDUCAÇÃO</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>CRECHE "MAE MOSA"</u>

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 FAMÍLIA
<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 03-07-2023 conforme atestado em anexo.

Diana Pereira Alves
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 03/07/2023

Data: ___/___/___



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Diana Pereira Alves

Atestado

Atesto que a superavida
necessária de 30 (trinta) dias
de afastamento das atividades
laborais para realizar cuidados
de Antônio José Alves, idoso
acamado com quadro demen-
cial avançado;

Realizado em

04.07.2023

[Assinatura]

Data: 03.07.2023

Dr. Janistorp Sá

MÉDICO

CRM 31751

Assinatura CRM/CRO/COREN