



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Diana Pereira Gomes

Declaração médica

Atento para devidos fins de direito, que o paciente supracitado necessita afastar-se de suas atividades laborais por um período de 30 dias, para cuidar de seu pai, o senhor Antônio José Alves, idoso doente, com quadro demencial avançado.

Data: 02, 10, 24

Dra. Isabel Fiuza M. da Silva  
Medica  
CRM-CE 35373

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Dra. Isabel Fiuza M. da Silva

CRM-CE 35373



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: DIANA PEREIRA ALVES	CPF: 943.852.894-68
CARGO/FUNÇÃO: PROFESSORA	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA EDUCAÇÃO	LOCAL DE TRABALHO: CRECHE: "MÃE MOSA"

Venho respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup> requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito afastamento das minhas atividades trabalhistas por um período de 30 dias a partir de 02-10-2024 conforme atestado em anexo.

Diana Pereira Alves.

Assinatura do(a) requerente

Data: 04/10/2024

Autorização do(a) Gestor(a)

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