



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Ramã Cruz da Silva CPF: 745.439.894.49
CARGO OU FUNÇÃO: Professora MATRICULA Nº. 277
SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Escola José Martinho de Sá

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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:

Venho através deste solicitar o afastamento das minhas atividades trabalhistas, pelo período de 30 dias, uma que: Sou a cuidadora do meu Pai, Manoel Tobias da Cruz, que está impossibilitado de exercer suas atividades de vida diária, como está atestado pelo médico em anexo.

Ramã Cruz da Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 02/09/2022

Data: / /



Pronto Socorro São Francisco

CNPJ: 11.351.301/0001-86

Avenida: Antônio Angelim, 520 - Fone: (87) 3871.0143
Salgueiro - Pernambuco

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que MANOEL
TOBIAS DA CRUZ.

está impossibilitado de exercer suas atividades
profissionais/escolares por um período de 30 dias
a partir desta data.

Cid. 876-3.

RAMA CRUZ DA SILVA (FILHA E
CUIDADORA).

Dr. Márcio Nascimento
Médico
CRM-PE 24643

Salgueiro, 02, 09, 2020.