



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: NATÁLIA MATILDE MATIAS DE SA CPF: 044.032.934-50

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA Nº.

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: E JTS

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:

APRESENTAR ATTESTADO DE TRÊS DIAS A PARTIR DO DIA 30.08.2023

Natália Matilde Matias de Sa  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 04/09/23

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Yvelia m. m. SO  
\_\_\_\_\_, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 03 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: H32

\_\_\_\_\_

SECRETARIA DE SAÚDE  
MUNICÍPIO DE TORRES

VERDEJANTE, 30/08/23

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA- CRM