

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: ANA M³ JOSEFA DE BARROS CPF:

CARGO OU FUNÇÃO: AG. ADM MATRICULA N°:

SECRETARIA: ADMINISTRAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: JUNTA MILITAR

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 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:

SOLICITO AFASTAMENTO DAS MINHAS
FUNÇÕES PELO PERÍODO DE 30 DIAS
A PARTIR DE 06 DE FEVEREIRO, POR
TER ME SUBMETIDO A PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO.

Ana Maria J. de Barros

ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 06/02/2023


Data: ___/___/___

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que Sr. (a) M. C. Pereira necessitou ausentar-se de suas atividades profissionais por 30 (trinta) dias, a partir de 06/02/2023. Por ter sido submetida a um procedimento cirúrgico.

CID-----

Dr. Mc Figueiredo, 06/02/2023


Dr. Joaquim Figueiredo
Médico
CREMEPE 7076
CREMEPE- 7076

PRAÇA MIGUEL DE CERVANTES, 60 ILHA DO LEITE RECIFE S/L 1102

EDIFÍCIO PERNAMBUCO CORPORATE

FONE: (81) 32214421 - E-MAIL: jfdutra7076@hotmail.com

RUA INOCÊNCIO GOMES DE ANDRADE Nº685, NOSSA SENHORA DA PENHA

SERRA TALHADA-PE

Fone: (87) 9.9977-7475