



Excelentíssimo:

<input type="checkbox"/>	Prefeito
<input type="checkbox"/>	Secretario (a)

NOME: <i>Francisco Manoel da Silva</i>	CPF: <i>006.483.328-39</i>
CARGO OU FUNÇÃO: <i>Motorista</i>	MATRICULA N°:
SECRETARIA: <i>Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP</i>

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 de minhas atividades
trabalhistas por um período de 30 dias conforme
atestado médico anexo.*

Francisco Manoel da Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *06/07/2023*

Data: ___/___/___

Dr. Francisco Manuel da Silva

-Atesto, para fins de tratamento,
que o paciente acima deve
permanecer em repouso por
30 (trinta) dias, para trata-
mento médico. (CID I69)

Recebido em
06.07.2023
06 JUL 2023


Dr. Isaac A. Tavares
Neurologista
CREMEC 7314
CREMEPE 18793