

Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: *Silvaneide M^o de Sa* CPF: *021-728-734-46*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRICULA Nº

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Creche Mãe Mosa*

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO AUT. P/ CONT.DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FÉRIAS – GOZAR AUT P/ CONT TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Venho através deste solicitar afastamento das atividades trabalhista a partir de 03/10/2022, pelo período de 30 dias segue em anexo atestado médico.

Silvaneide M^o de Sa
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *03/10/2022*

Data: ___/___/___



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: _____

Atestado

Atato para devidos fins que, Silvana da
Maria da Sô, necessita afastar-se de
suas atividades laborais por um período
de 30 (trinta) dias, para tratamento de
saúde.

EID 10: F32.8

Data: 03/10/2022

Dr. Grajgeiro Neto
Médico
CRM/PE 32279

Assinatura - CRM/CRO/COREN