



Excelentíssimo:

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

NOME: DIANA PEREIRA ALVES CPF: 943.852.894-68

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA N°:

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: CRECHE: MAË MOSA

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 atividades trabalhistas a partir de 04/03/2023 pelo período de 30 dias conforme atestado médico em anexo.

Diana Pereira Alves
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 04/03/2023

Data: ___/___/___



GOVERNO MUNICIPAL
VERDEJANTE
Cuidando das pessoas.



SECRETARIA MUNICIPAL
SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME DO PACIENTE: _____

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Diana
Pereira Alves necessita de afastamento
das suas atividades laborais por 30
(trinta) dias para realizar cuidados de
Antônio pere Alves, idoso acamado devido
a quadro demencial avançado.

CID 10: Z76.3

Luiz Adolfo Miranda Berti
Médico
CRM-PE: 32302

Data: 04/03/2023

Assinatura - CRM/CRO/COREN