



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Thaís Caroline Bezerra Xavier CPF: 112.734.414-51

CARGO OU FUNÇÃO: Técnica Agrícola MATRICULA Nº.

SECRETARIA: Secretaria de Agricultura LOCAL DE TRABALHO: Secretaria de agricultura

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:

Conforme atestado médico anexo.

Thaís Caroline B. Xavier
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 07/06/2023

Data: ___/___/___

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Thay Bezerra Faria
_____, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 02 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: F41.1

(Gravida)

VERDEJANTE, 05/06/2023

Dr. Silvie Romero A. Rodrigues
Fisioterapia Clínica
CRM - 28367 / PE

ASSINATURA- CRM