

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: DIANA PEREIRA ALVES CPF: 943.852.894-68

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA Nº: _____

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: CRECHE: "MÃE MOISA"

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 por um período de 30 dias a partir de 06-04-2024 conforme atestado em anexo.

Diana Pereira Alves
 ASSINATURA DO REQUERENTE

 AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 08/04/24

Data: ___/___/___

DIANA PEREIRA ALVES

ATESTADO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A MESMA ENCONTRA-SE
INCAPACITADA DE EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM
PERÍODO DE TRINTA (30) DIAS JUSTIFICADO PELO CID-10: Z73.0

Dr. Pedro Vandré
Psiquiatria
CRM-PE 24.165

CONTATO (WHATSAPP): (87) 99179-5405

sábado, 6 de abril de 2024

Dr. Pedro Vandré
Psiquiatria
CRM-PE 24.165

Consultas: (87) 3871-3231 | 📞 (87) 9 9932-7176
Av. Aurora de Carvalho Rosa, 2267. Centro, Salgueiro-PE
faleconosco@santalouise.com.br



SANTA LOUISE
CLÍNICA