



Pronto Socorro São Francisco

CNPJ: 11.351.301/0001-86

Avenida: Antônio Angelim, 520 - Fone: (87) 3871.0143
Salgueiro - Pernambuco

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Adriana

Beneip Aloes

está impossibilitado de exercer suas atividades
profissionais/escolares por um período de 45 dias
(quarenta e cinco)
a partir desta data.

Cid. D25.

submetida a histerectomia subtotal

Salgueiro, 05 / 08 / 24

Dr. José Claudio de Sá Carvalho
Ginecologia - Obstetrícia - Colposcopia
CRM - PE 6971

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: DIANA PEREIRA ALVES CPF: 943 852 89468

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA Nº. _____

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

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<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 PRÊMIO
<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 45 dias a partir de 05-08-2024 conforme atestado em anexo.

Diana Pereira Alves
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 08/08/24

Data: ___/___/___