

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: MARIA GRACINEIDE CARVALHO DE OLIVEIRA CPF: 418.677.504-49

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA Nº: 307

SECRETARIA: DE EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: E. M. CLEMENTINO NOGUEIRA

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:

SEGUE ANEXO ATESTADO MÉDICO.

Maria Gracineide Carvalho de Oliveira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 07/11/2024

Data: ___/___/___



APAMI

HOSPITAL DOM TOMAS

**Rua da Paz, 515 - Gercino Coelho. Petrolina - PE
(87) 3867.9000**

NOME: MARIA GRACINEIDE CARVALHO DE OLIVEIRA - Codigo: 571804

RG:2457636

Data Nasc: 04/08/1965 Idade: 59 anos

Endereço: Maria Adelaide, Nossa Senhora das Gracas . Salgueiro

Tel.:

ATESTADO MÉDICO

**AFIRMO PARA DEVIDOS FINAS QUE PACIENTE SUPRACITADO ESTEVE
INTERNADO DO PERÍODO DO DIA 05/11/24 AO DIA 06/11/24, NECESSITANDO
DE MAIS 30 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.**

PETROLINA, 06/11/2024

Dra. CIBELE COELHO DIAS
CRM 21470

Eduardo Moreira
Médico
CRM-PE: 25.273
CRM-BA: 33.649