



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: *Rizalva Cássia da Silva Mendonça* CPF: *022.580.404-26*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRICULA N°:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Ebc. Obmundo Bezerra*

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. 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 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 pelo período de 15 dias a partir do dia 02/08/2023, conforme atestado médico em anexo.*

*Rizalva Cássia da Silva Mendonça*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *10/08/2023*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**CRISTIANO NILDO DA SILVA**

**ATESTADO**

Atesto para os devidos fins que Rizalva Creusa da Silva Mendonça, portadora do Rg 5546479, está sob tratamento fisioterápico, com a patologia cervicalgia e cialgia, hipersensibilidade em MMII com piora do quadro álgico. Necessitando do afastamento em suas atividades durante 15 dias. Iniciando 02/08/2023 à 23/08/2023.

Cid: M54.2

Salgueiro – PE 02/08/2023

**Dr. Cristiano Nildo da Silva**  
**Esp. Traumatofuncional**  
**324.969F**  
**ESPECIALIZADO**