



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: *Maria de Souza Laurindo Alves* CPF: *901 824 804-53*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRICULA Nº. *215*

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Sítio Angico Santo E.J.M.S*

**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 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, a partir de 05.07.2023, pelo período  
de 120 dias, conforme atestado médico anexo.*

*Maria de Souza L. Alves*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *11/07/2023*

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

MARIA DE SOUZA LAURINDO

ATESTADO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A MESMA ENCONTRA-SE INCAPACITADA DE EXERCER SUAS FUNÇÕES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 120 DIAS DEVIDO CONDIÇÃO DE SAÚDE, COM POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO DO PERÍODO DE AFASTAMENTO.

CID-10:

F33.1

F41.0

05 DE JULHO DE 2023.

Dr. Pedro Vandrê  
Psiquiatria  
CRM-PE 24.165

Recebi em

11.07.2023



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



**SANTA LOUISE**  
CLÍNICA