



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Rianna Pereira Alus

Dedicação médica

Declaro, para os devidos fins, que a paciente Rianna Pereira Alus necessita afastar-se de suas atividades laborais por um período de 30 dias para realizar cuidados de seu pai, o senhor Antônio José Alus, idoso, chamado com quadro demencial avançado.

Data: 09 / 11 / 24


Dr. Karina Alves Medeiros
Médica
CRM/PE 10392

Assinatura - CRM/CRO/COREN

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: DIANA PEREIRA ALVES	CPF: 943.852.894-68
CARGO/FUNÇÃO: PROFESSORA	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: EDUCAÇÃO	LOCAL DE TRABALHO: CRECHE: "MÃE MOSA"

Venho respeitosamente perante V. Exª requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito afastamento das minhas atividades trabalhistas por um período de 30 dias a partir de 09-11-2024 conforme atestado em anexo.

Diana Pereira Alves
Assinatura do(a) requerente
Data: 11/11/2024

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: ____/____/____