



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: ROBERTO CARLOS PEREIRA DA SILVA CPF: 435.500.684-04

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSOR MATRICULA Nº:

SECRETARIA: DA EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: ESCOLA OSMUNDO BERGAMA

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:

SOLICITO AFASTAMENTO LABORAL, DURANTE O PERÍODO DO ATESTADO MÉDICO
DEVIDO A NECESSIDADE DE TRATAMENTO LABORAL/PROFESSOR.

CIV. Nº 4.2

[Assinatura]
ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 11/12/2023

[Assinatura]
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 11/12/2023



Roberto Carlos Bezerra
de Silva

Atestado Médico

Solicito afastamento das
atividades laborativas para
o paciente acima, durante o
período de 6 meses, devido a
necessidade de tratamento
imunossupressor.

CID N04.2

28/11/2023

Dr. Roberto Carlos Bezerra
Nefrologista
CRM-PE 15241
RQE 2443

Av. Monsenhor Ângelo Sampaio nº 100, Loja 51 B, Centro, Petrolina / PE
CEP: 56304920 / (87) 991197977

Recebido em
08.12.2023