



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Esperedita Naiane Bezerra CPF: 07010328471

CARGO OU FUNÇÃO: Agente Comunitária de Saúde MATRICULA Nº. \_\_\_\_\_

SECRETARIA: \_\_\_\_\_ LOCAL DE TRABALHO: UBS III Lagoa

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 PRÊMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Requer anexa médica de atestado de 15 dias para acompanhamento da filha cirurgiada, a partir do dia 08.08.2024.

Esperedita Naiane Bezerra  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 13/08/24

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

**ATESTADO**

Atesto que o (a) paciente,

ELTONA MARANE GARDIA

Portador(a) do RG \_\_\_\_\_

necessita de (15) DIAS

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir desta data, por motivo de doença.

ACOMPANHADO FILHO BRUNO

CID: L05

DATA:

08/08/2011

Dr. Henrique Freire de Carvalho  
Cirurgião Geral e Urologia  
C.R.M. 4494 / 15

Assinatura do Médico e CRM