



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: *Silvaneide M: de Sa'* CPF: *021-728-734-46*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Creche Mãe Mosa*

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"/> AIT 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:

Venho através deste solicitar afastamento das atividades trabalhista a partir de 02/09/2022, pelo período de 30 dias. Segue em anexo atestado médico.

Silvaneide M: de Sa'
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *02/09/2022*

Data: ___/___/___



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: _____

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que
Silva needs leave de seu trabalho
afazeres de suas atividades
laborais por um período de 30
(trinta) dias, a contar de hoje
02/09/22.

CIDW: F37.8

Dr. NAYLA DENISE
Médica
RM-CE 17317 / CRM-PE 22466

Data: 02/09/22

Assinatura - CRM/CRO/COREN