



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Mônica de Cássia Bezerra CPF: 907.619.364-91

CARGO OU FUNÇÃO: Professora MATRICULA Nº. \_\_\_\_\_

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Ese. Ob mundo Bezerra

**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:

Venho por meio deste solicitar afastamento das minhas atividades trabalhistas a partir de 01/12/22 pelo período de 30 dias. segue em anexo atestado médico.

x Mônica de Cássia Bezerra  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 01/12/2022

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

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Mônica de Cassia  
Bezerra, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 30 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: M13

VERDEJANTE, 01/12/22

Dr. Janistorp Sa  
MÉDICO  
CRM 31751

ASSINATURA- CRM

Recebi em  
13/12/2022  
[Signature]