



Excelentíssimo:

<input type="checkbox"/>	Prefeito
<input type="checkbox"/>	Secretario (a)

NOME: Ramã Cruz da Silva CPF: 745.439.894-49

CARGO OU FUNÇÃO: Professora MATRICULA Nº: 277

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Escola Joaquim Yavares

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 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:

Solicito afastamento das minhas atividades trabalhistas pelo período de 90 dias, uma vez que sou cuidadora de meu pai: Manoel Tobias da Cruz, que está impossibilitado de exercer suas atividades diárias conforme atestado em anexo.

Ramã Cruz
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 13/02/2023

Data: ___/___/___



Salgueiro | Terra de amor
PREFEITURA MUNICIPAL e trabalho.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 10.233.967/0001-77
 Av. Aurora de Carvalho Rosa - Centro
 Salgueiro - PE

RAMA ERN8 DA SILVA.
ATESTADO MÉDICO

- Não realizar Educação Física por um período de _____ dias
- Voltar ao trabalho
- Afastar-se do trabalho hoje
- Ficar em Repouso por 90 dia(s)
- Deficiente físico
- Deficiente mental
- Goza de saúde física e mental

A partir de _____ / _____ / _____

CID: 746.3

Salgueiro-PE, 13 / 02 / 2023.

Dr. Márcio Nascimento
 Médico
 CRM-PE 24843

 Carimbo e Assinatura

Recebido em
 15.02.23
[Handwritten Signature]