

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Luiza Cláudia Barbosa Silva CPF: 058 199 564-35

CARGO OU FUNÇÃO: Merendeira MATRICULA Nº: 1604

SECRETARIA: De educação LOCAL DE TRABALHO: Craque Maria Alves de Sá

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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 15 dias a partir do dia 13/08/2023 Conforme atestado médico em anexo.

Luiza Cláudia Barbosa Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 15/08/23

Data: / /

ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

WANDA CHAÉZON BAMBODA SOLUA

Portador (a) do RG 7.225.755 SASSPE

necessita de (15) QUINZE

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

CID: 276.3

Dr. Cícero Junio Pereira de Sá
Especialista em Geriatria
Médico Clínico / Cirurgião - Geral
CREMEPE - 25.278 / CREMAL 7103

DATA: 13, 08, 23

Assinatura do Médico e CRM