

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: MARIA GRACINEIDE CARVALHO DE OLIVEIRA CPF: 418.677.504-49

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA Nº. 307

SECRETARIA: DE EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: E.M. CLEMENTINO NOGUEIRA

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FÉRIAS – GOZAR AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Maria Gracineide Carvalho de Oliveira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___/05/2023

Data: ___/___/___



Pronto Socorro São Francisco

CNPJ: 11.351.301/0001-86

Avenida: Antônio Angelim, 520 - Fone: (87) 3871.0143
Salgueiro - Pernambuco

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Mama

Germanilda Carvalho de Oliveira

está impossibilitado de exercer suas atividades
profissionais/escolares por um período de 60 dias

a partir desta data.

Cid. G. 56 / M. 59 / R. 52 / M. 55

Dr. Galbryno Carvalho
Médico
CRM 28965

Salgueiro, 15 / 05 / 2023