

Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: MARIA GRAEINEIDE 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<sup>a</sup>. 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:

SEGUE ANEXO ATESTADO MÉDICO.

*Maria Graeinei de Carvalho de Oliveira.*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 16 / 08 / 2023

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



Dr. Galberyano Carvalho

MÉDICO  
CRM: 23465

16.08.2023

Atestado

Atesto para os devidos fins de  
diante que a Sra. Maria Goretti  
Carvalho de Almeida, inscrita de @  
(inscricao) possui de afastamento de suas  
atividades profissionais, devido problemas de  
saúde, conforme os CRMs: G-56 / M-59.2 /  
M-79.7 / M-19 / F-41 / F-32 / F-33