



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: *Fátima Dyanne de Souza Oliveira* CPF: *115.675.884-09*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRICULA N°:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Escola Joaquim Favares de Sá*

**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:

*Solicito afastamento das minhas atividades laborais por um período de 30 dias, conforme atestado médico, a partir do dia 13 de setembro.*

*Fátima Dyanne de Souza Oliveira*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *19/09/2023*

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

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE FRAN DYANNE DE LIMA  
AM.4 NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 30 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.  
(trinta)

CID: F41.2

at. a partir de 13/09/2023.

VERDEJANTE 13/09/2023

  
\_\_\_\_\_  
ASSINATURA- CRM

Recebido em  
19.09.2023