



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME Roberto Carlos Bezerra da Silva CPF 435 500 674 - 04

CARGO OU FUNÇÃO Professor MATRICULA Nº

SECRETARIA Educação LOCAL DE TRABALHO Domínio Bezerra

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX.º REQUERER

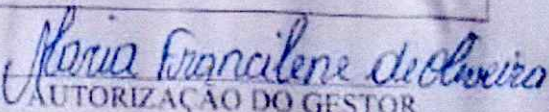
Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input type="checkbox"/> SALARIO 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 A GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES


ASSINATURA DO REQUERENTE

Data 18/09/2023


AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data 18/09/2003

Paciente: **ROBERTO CARLOS BEZERRA DA SILVA (448155)**
Data Nasc.: **10/09/1965 | 57 anos e 11 meses**
Convênio: **PARTICULAR**
Data Consulta: **29/08/2023 19:33**
Impressão: **29 de agosto de 2023**
Profissional: **CRM PE - 23879 - HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA**

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr(a). **ROBERTO CARLOS BEZERRA DA SILVA**, paciente sob meus cuidados, necessita de (7) dia(s) de afastamento de suas atividades, por motivo de doença, a partir de 29 de agosto de 2023.

CID (N19).

Petrolina-PE, 29 de agosto de 2023.

Anderson Dias
Médico
CRM-PE 23879

Dra. ANDERSON DIAS DA COSTA
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
CRM PE - 23879
12567