



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: ROBERTO CARLOS BEZERRA DA SILVA CPF: 435.500.614-04

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSOR MATRICULA N°:

SECRETARIA: LOCAL DE TRABALHO:
ESC. OSMUNDO BEZERRA

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. 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 À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

ATESTATO MÉDICO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Roberto Carlos da Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE

Maria Francislene de Oliveira
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data 13/09/2023

Data 13/09/2023



Pronto Socorro São Francisco

CNPJ: 11.351.301/0001-86

Avenida: Antônio Angelim, 520 - Fone: (67) 3671.0143
Salgueiro - Pernambuco

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que _____

Roberto Carlos B. da Silva

está impossibilitado de exercer suas atividades
profissionais/escolares por um período de 07 dias
a partir desta data.

Cid. PE

Dra. Izabela Bezerra
Médica
CREMEPE 32751

Salgueiro, 12.08.23

Realizado em
12.09.2023

[Handwritten signature]