

Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: THAÍS CAROLINE BEZERRA XAVIER CPF: 112.734.414-51

CARGO OU FUNÇÃO: TÊC. AGRÍCOLA MATRÍCULA Nº.

SECRETARIA: SECRETARIA DE AGRICULTURA LOCAL DE TRABALHO: SEC. AGRICULTURA

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:

(Afastamento médico, conforme atestado médico anexado (30 dias).

Thaís Caroline B. Xavier  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 19/09/2023

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Thais Lyndine Faria  
NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 05 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: M.I.1

Lyndine

Dr. Silvio Roder A. Rodrigues  
Psiquiatria Clínica  
CRM - 28367/PE

VERDEJANTE, 13/9/2013

ASSINATURA- CRM