



**RECEITUÁRIO**

Nome do Paciente: Mariana Pereira Alves

**Declaração Médica**

atesto para devidos fins de direito, que a paciente supracitada necessita afastar-se de suas atividades laborais por um período de 30 (trinta) dias, para realizar cuidados de seu pai, o senhor Antônio José Alves, idoso acamado, com quadro demencial avançado.

Verdejante 19 de junho de 2024

Dra. Isabel Ruy M. da Silva  
Médica  
CRM-FE 35573

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

Assinatura - CRM CROVGOREN

Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretario (a)

NOME: DIANA PEREIRA ALVES CPF: 94385289468

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA Nº. \_\_\_\_\_

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: CRECHE: "MÃE MOSA"

**VEN MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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 A GESTANTE        | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO                           |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS   | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS                    |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

Solicito afastamento das minhas atividades trabalhistas por um período de 30 dias a partir de 19-06-2024 conforme atestado em anexo.

Diana Pereira Alves.  
 ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
 AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 20/06/24

Data:   /  /