

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: DIANA PEREIRA ALVES CPF 943.852.894.68
 CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA N°
 SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: CRECHE "MÃE MOISA"

VEM 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 À 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 15 dias a partir de 19-09-2024 conforme atestado em anexo.

Diana Pereira Alves
 ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 20/09/24

Data: ___/___/___

Dr. JOSÉ CLAUDIO DE SÁ CARVALHO -CRM 6971 TEGO 0248/07

GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA - CIRURGIA - COLPOSCOPIA - HISTEROSCOPIA
 DIAGNÓSTICA

R. JOAQUIM SAMPAIO, 400, SALGUEIRO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Sr(a). Diana Pereira Alves encontra-se em tratamento médico, necessitando de 15 (QUINZE) dias (meses) de afastamento do trabalho (escola), a partir desta data.

CID: R83.9

Salgueiro, 19 de setembro de 2024

6971

Dr. José Claudio de Sá Carvalho
 Ginecologia e Obstetrícia
 CRM - 6971