



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Stamar Ribeiro da Silva Alves CPF: 097.020.444-21

CARGO OU FUNÇÃO: Merendeiro MATRICULA Nº.

SECRETARIA: Secretaria de Educação LOCAL DE TRABALHO:

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"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<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 PRÊMIO
<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 pelo período de 04 meses. Conforme atestado médico em anexo

SRSA Alves

ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 27/03/23

Data: / /



RECEITUÁRIO MÉDICO

SOLICITO AFASIM
na atual atividade
laborativa o FTE
de 12 meses por
4 meses.

V.05/2015

Monus: R\$ 51.0
M 54.5

12/3/2023

INSTITUTO DO FÍGADO E TRANSPLANTES DE PE
CNPJ: 07.421.280/0001-50
Rua Arnóbio Marques, 282
Santo Amaro - Recife - PE
Cep: 50.100-130

Roberto Magalhães Filho
Médico
CRM 11.512

CONVÊNIO UNIVERSITÁRIO
SUS - IFP - UPE

Médico

Recebi em
21.03.2023
[Signature]