



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretário (a)

NOME: ROBSON DE SOUZA SILVA CPF: 008.149.354-19

CARGO OU FUNÇÃO: DIRETOR DE CULTURA MATRICULA Nº. \_\_\_\_\_

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: ESPACIO CULTURAL

**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:

APERTADO MÉDICO 30 (trinta) DIAS EM ANEXO.

ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 21/07/23

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE POSSUI M.S. E  
SUA NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 30 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: f41  
273.0?

VERDEJANTE, 21/03/2023

Dr. Silvio Romero A. Rodrigues  
Médico - Psiquiatria  
CRM - 28367/PE

ASSINATURA - CRM

Recebi em  
21.03.2023  
[Signature]