



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretario (a)

NOME: Patrícia Reme da Silva Filgueira CPF: 109.012.334-55

CARGO OU FUNÇÃO: Auxiliar de Serviços Gerais MATRICULA Nº. 1496

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Escola Antônio Honório Barbosa

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 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 trabalhis-
tas pelo periodo de 14 dias, a partir de 21/08/2023,
conforme atestado médico anexo.

Patrícia Reme da Silva Filgueira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 22/08/2023

Data: / /



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Patrícia A. de S. Silveira

Atestado

Atesto que a supracitada
palestra de 14 (quatorze) dias de
afastamento das atividades
laborais. (Obs: Apresenta descolamento
ocular);

CID: Z34 / A10.2;

Data:

21/08/23.

Dr. Janistorp Sá
MÉDICO

CRM-31751

Assinatura CRM/CRO/COREN