



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

| | |
|---|----------------------------------|
| NOME: <i>Marta Maria Alves</i> | CPF: <i>078.629.084-65</i> |
| CARGO OU FUNÇÃO: <i>Agente Comunitario de Saúde</i> | MATRICULA Nº. <i>564</i> |
| SECRETARIA: <i>Saúde</i> | LOCAL DE TRABALHO: <i>PSF IV</i> |

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 checked="" type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS | <input type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito autorização para afastamento das minhas funções a partir de 15 de janeiro de 2025. Pelo período de 180 dias, conforme atestado médico em anexo.

Marta Maria Alves
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *23/01/2025*

Data: ___/___/___



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ

LICENÇA MATERNIDADE

Atesto para os devidos fins que _____

Maíra Maria Alves necessita
afastar-se de suas atividades a partir desta data pelo
período de:

- 120 (cento e vinte) dias;
 180 (cento e oitenta) dias.

Dra. Déborah P. Brilhante
Ginecologia / Obstetrícia
CRM/GE 12248
CRM/PE 15880

Salgueiro, 15 / 01 / 2005

Médico