



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Fátima Vanessa Silva CPF: 067.448.494.09

CARGO OU FUNÇÃO: Medicadora MATRICULA Nº. \_\_\_\_\_

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Antônio Honório

**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:

2tenho por meio deste, declarar que a requerente supracitada, gestante de 14 semanas, teve deslocamento devido na gestação em curso. Conforme atestado médico em anexo.

Fátima Vanessa Silva  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 16/02/2023

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



**RECEITUÁRIO**

Nome do Paciente: Sartima Vanessa da Silva

Reclamação;

Reclamo para os devidos fins que a supracitada, gestante de 14 semanas, teve desenvolvimento ocular na gestação em curso e com diabetes gestacional, necessita função compatível com o estado de saúde, que não tenha grande esforço físico.

Data: 16/02/23

Dr. Janistorn Sa  
MÉDICO

CRM-34751

Assinatura - CRM/CRO/COREN