



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: DIANA PEREIRA ALVES CPF: 943.852.894 68

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA N°:

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: CRECHE: "MÃE MOSA"

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO

SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO

AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FÉRIAS – GOZAR

AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA

REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO

READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO

RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO

AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA À GESTANTE

DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS

OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito afastamento das minhas atividades trabalhistas por um período de 30 dias a partir de 23-10-2023 conforme atestado em anexo.

Diana Pereira Alves.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 23/10/23

Data: ___/___/___



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MAMA PULGIA AQUI
_____, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 3 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.
(14/10/23)
CID: F41.1

VERDEJANTE, 23/10/23

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

ASSINATURA- CRM

Recebi em
24.10.2023
[Signature]