



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: MARIA NELLY PEREIRA DOS SANTOS CPF: 682.341.394-87

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSOR MATRICULA Nº.

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: ESC. JOSÉ PAULINO

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:
LICENÇA MÉDICA (30 DIAS)

Maria Nelly Pereira dos Santos
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 09/11/2022

Data: ___/___/___



PRONTO SOCORRO SÃO FRANCISCO LTDA



ATESTADO MÉDICO

MARIA NELY PEREIRA DOS SANTOS ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO, 53 ano(s), PERMANECEU NESTA UNIDADE HOSPITALAR PELO E NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS/ESCOLARES.
CID K80

SALGUEIRO/PE, 9 de Novembro de 2022

DR LUIS HENRIQUE
CRM/PE 14494

Dr. Luis Henrique de Carvalho
Clínica Geral e Urologia
CRM - 14494 - ITB