



Excelentíssimo:

<input type="checkbox"/>	Prefeito
<input type="checkbox"/>	Secretario (a)

NOME: <i>Luciano Alves Oliveira</i>	CPF: <i>902.446.304-10</i>
-------------------------------------	----------------------------

CARGO OU FUNÇÃO: <i>Professor</i>	MATRICULA Nº:
-----------------------------------	---------------

SECRETARIA: <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>ESC. Joaquim Torres</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"/> SALARIO 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 trabalhistas por um período de 90 dias, a partir de 24/07/2023, conforme atestado em anexo.

Luciano Alves Oliveira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *25/07/2023*

Data: ___/___/___

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE WILSON RUY OLIVEIRA
NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 90 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.
(NOVENA DE 2023)

CID: R32.3

VERDEJANTE, 24 / 07 / 2023


Dr. Sílvia Romero Rodrigues
Pneumologista
CRM 26337/PE

ASSINATURA - CRM

Recebido em
25.07.2023
