



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: João Alves de Sá CPF: 008.783.4521-23

CARGO OU FUNÇÃO: Tec. contábil MATRICULA Nº.

SECRETARIA: Administração LOCAL DE TRABALHO: Prefeitura

**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:

Solicito afastamento das minhas atividades trabalhistas por um período de 05 dias a partir do dia 23/07/2023, conforme ates. do em anexo

João Alves de Sá  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 25/07/2023

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

SECRETARIA  
DE SAÚDE



SECRETARIA ESTADUAL DE  
SAÚDE  
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



**ATESTADO**

Atesto que o (a) paciente,

João Alves de Sá

Portador (a) do RG \_\_\_\_\_

necessita de (05) cinco

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir  
desta data, por motivo de doença.

CID: S61 / 298

DATA: 23 / 07 / 23

Dr. Pedro Calhou  
CIRURGIÁ GERAL  
CRM/PE: 34.451  
CRM/SC: 21.918

Assinatura do Médico e CRM