



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Admirson de F. S. M. CPF: 026.210.314-12

CARGO OU FUNÇÃO: Auxiliar de Serviços MATRICULA Nº: _____

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: _____

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:

ATESTADO EM ANEXO

Admirson de F. S. M.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 27/09/2023

Data: ___ / ___ / ___

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMENTINO DE CARVALHO SANTOS NETO às 00:33, sendo necessário o seu afastamento das atividades laborativas ou acadêmicas por 30 (TRINTA) dia(s), a partir de 28/07/2023, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M548

Código da Doença

28/07/23


Local e Data

Assinatura do Médico

KLENIO FARIAS DA NOBREGA

CRM 11094

Dr. Klenio F. Nobrega
Ortopedista e Traumatologista
CRM/PE 11094 RQE/PE 7678
CRM/PE 33344 RQE/PE 12968

Aceito a Colocação do CID. Assinado us 

Código de Autenticação : BCHAC73U8W6T3
Solicitacao da Senha : 27/07/2023 17:11:07