



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: ROBSON DE SA E SILVA CPF: 008.149.354-19

CARGO OU FUNÇÃO: DIR. DE CULTURA MATRICULA Nº. _____

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: ESP. CULTURAL

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<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 PRÊMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

ATESTADO MÉDICO (30 DIAS)

ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 25/04/2023

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___/___/___



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Robson de Sá e Silva

NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 20 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

(19/04)

CID: V41.2

VERDEJANTE, 24 04 2013

Dr. Silvio Roberto de Almeida
Médico - Psiquiatria
CRM - 23387 / PE

ASSINATURA- CRM