

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Francisco Manoel da Silva CPF: 006.483.328-37
CARGO OU FUNÇÃO: Motorista MATRICULA Nº: _____
SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP

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:

Atesto que o paciente a cima citado encontra-se sem mais limitações motoras de linguagem que impeçam suas atividades laborais.

Francisco Manoel da Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 26/07/2023

Data: ___/___/___

Francisco Manuel de Silva

-o teste que o paciente acima
citado encontra-se sem
mais limitações motoras ou
de linguagem que impeçam
suas atividades laborais

25 JUL 2023

Dr. Isaac A. Javores
Neurologia
CREMESP 7314
CRMPEPE 18751

Recbi em
26.09.2023
