

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Gabriela Maria da Silva Souza CPF: 099.396.674-85

CARGO OU FUNÇÃO: Secretaria MATRICULA Nº.

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Esc. Clementino Nogueira

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 de 15 dias


ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 26/09/2023

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___/___/___

NOME: Gabriela Maria da Silva Souza

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO NECESSITARÁ DE 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR MOTIVO DE SAÚDE.

CID 10: 013


Dra. Lindinez Cecilio
Médica
CFM 32.831

MARIA LINDINEZ CECÍLIO SOBRAL

MÉDICA

DATA 26/09/23