

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Natália Matilde Matias de Sá CPF: 044.032.934-50

CARGO OU FUNÇÃO: Professora MATRICULA N°:

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO:
Esc. Joaquim Tavares de Sá

DEMANDA
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 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 PREMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Venho através deste informar atestado médico para tratamento de saúde.

Natália Matilde Matias de Sá

ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 27/05/2024

Data: ___/___/___

Secretaria de
Saúde



Verdejante

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Natália Antunes Antunes
de 60 NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 02 DIA(S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: _____

VERDEJANTE 23/05/24

Natália Ferreira
Médica
Rég. 17799

ASSINATURA CRM