

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: *Rizalva Creusa da Silva Mendonça* CPF: *022.580.404-26*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRICULA N°:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Os mundo Bezerra*

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 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 A GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito afastamento das atividades trabalhistas pelo período de 08 dias, conforme atestado médico em anexo. A partir de 25/07/2023.

Rizalva Creusa da Silva Mendonça
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *27/07/2023*

Data: ___/___/___



CRISTIANO NILDO DA SILVA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Rizalva Creusa da Silva Mendonça, portadora do Rg 5546479, está sob tratamento fisioterápico, quadro grave de cervicalgia e ciatralgia, com hipersensibilidade, algias e dormência em mãos e dedos dos MMSS. Grau de força três(3). Necessitando do afastamento em suas atividades durante oito(8) dias. Iniciando 25/07/2023 à 02/08/2023.

Cid: M54.2

Salgueiro – PE 25/07/2023

Dr. Cristiano Nildo da Silva
Esp. Traumatofuncional
324.969F
ESPECIALIZADO

Recebido em
25.07.2023