



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Maria Simone dos Oliveira CPF: 899.896.944.00

CARGO OU FUNÇÃO: Tec em enfermagem MATRICULA Nº:

SECRETARIA: saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito afastamento das minhas atividades trabalhistas, a partir de 27/3/23, no período de 30 dias com custo atestado médico

Maria Simone  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 27/3/23

Data:   /  /



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Amor & Mony Luis Oliveira

\_\_\_\_\_, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 30 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.  
(16/03)

CID: 132

VERDEJANTE, 27/03/23

Dr. Silvio Romero  
Médico - Pediatria  
CRM - 28657 / SP

ASSINATURA- CRM

Recebido em  
28.03.2023  
[Signature]