



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: KATIA REJANE MATIAS CPF: 969.495.084-68

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA N°:

SECRETARIA: DE EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO:

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FÉRIAS – GOZAR AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SEGUE ANEXO ATESTADO

Katia Rejane Matias
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 28/09/23.

Data: ___/___/___



CRM: 16733

UNIDADE DE IMAGEM
PRONTO SOCORRO SÃO FRANCISCO



ATESTADO MÉDICO

O(a) Sr. (a): Rátia Regina Matias da Silva Barros

- Não realizar Educação física por um período de ____ dias
- Acompanhar familiar doente por ____ dia(s)
- Voltar ao trabalho
- Afastar-se do trabalho hoje
- Afastar-se do trabalho por 90 dia(s)
- Ficar em repouso por ____ dia(s)
- Deficiente físico
- Goza de Saúde física e mental
- Afastar-se da escola por ____ dia(s)
- _____

A partir de 15 / 06 / 23

C.I.D. H90.3 / H83.0

OBS: Não é válido c/ rasuras ou mais de um item assinado.

Salgueiro 24 de agosto de 23

GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA
CRM-PE 22.466 CRM-CE 17.317

Carimbo e Assinatura

Av. Antonio Angelim, 488 - Salgueiro/PE - Fone: (87) 3871.4144

Recebido em
28.09.2023
[Assinatura]