

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: <u>Luzia Cláudia Barbosa Silva</u>	CPF: <u>058.199.564-35</u>
CARGO OU FUNÇÃO: <u>Merendeira</u>	MATRICULA Nº: <u>1604</u>
SECRETARIA: <u>Educação</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>Creche Maria Alves de Sá</u>

VENH 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 PRÊMIO
<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 pelo período de 15 dias a partir do dia 25/08/2023. Conforme atestado médico em anexo.

Luzia Cláudia Barbosa Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 28/08/23

Data: ___/___/___



Salgueiro
PREFEITURA MUNICIPAL

Terra de amor
e trabalho.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 10.233.967/0001-77
Av. Aurora de Carvalho Rosa - Centro
Salgueiro - PE

ATESTADO MÉDICO

Luíza Cláudia Barbosa Silva

- Não realizar Educação Física por um período de _____ dias
- Voltar ao trabalho
- Afastar-se do trabalho hoje
- Ficar em Repouso por 15 dia(s)
- Deficiente físico
- Deficiente mental
- Goza de saúde física e mental

A partir de 25 / 08 / 23

CID: Z 76.3

Salgueiro-PE, 25 / 08 / 23

Dr. Eduardo Mendes
Médico
CREMEPE 27764

Carimbo e Assinatura