

Excelentíssimo:

<input type="checkbox"/>	Prefeito
<input checked="" type="checkbox"/>	Secretario (a)

NOME: MARIA JVANEIDE PEREIRA DANTAS CPF: 984582644-04

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA N°.

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: C.E.S. MÃE MOA

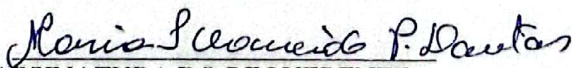
VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. REQUERER:

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:

ATESTADO MÉDICO DE 14 DIAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 25/08/23

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Maria Lorneide P.  
Dorcas NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 14 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: m06.2

VERDEJANTE, 23/08/23

Dra.  Lucilene Maria M. da Silva  
Médica  
CRM 16398

ASSINATURA- CRM

Recebi em  
28.08.2023  
