

Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: JOSÉ ROBERTO DA SILVA JÚNIOR CPF: 702.663.994-36

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSOR DOS ANOS INICIAIS 1º/5º ANO MATRICULA Nº. 2383

SECRETARIA: SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA, DESPORTO E LAZER LOCAL DE TRABALHO: ESCOLA JOAQUIM TAVARES DE SÁ

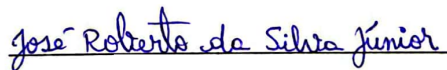
**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. REQUERER:**

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:

VENHO POR MEIO DESTE PROTOCOLO SOLICITAR A ANÁLISE E INCLUSÃO EM MEU REGISTRO DE FUNCIONÁRIO PÚBLICO O ATESTADO MÉDICO PARA JUSTIFICAR AUSÊNCIAS EM RAZÃO DE TRATAMENTO DE SAÚDE, CONFORME O DOCUMENTO MÉDICO ANEXADO A ESTE REQUERIMENTO.

  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 28 / 11 / 2023

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



**RECEITUÁRIO**

Nome do Paciente: José Roberto de Silva Júnior

Atesto para devidos fins que o  
paciente supracitado, 27 anos, necessita  
de afastamento de suas atividades  
laborais por um período de 07 dias.

CID: U07.1

Giullia Guedes A. Gonçalves  
MÉDICA  
CREMÉPE 34723

Data: 25 / 11 / 2023

Assinatura - CRM/CRO/COREN