



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Amanda Gauberiane G. de Nascimento CPF: 095892314-03

CARGO OU FUNÇÃO: Auxiliar de serviços gerais MATRICULA Nº. _____

SECRETARIA: Agricultura, Meio ambiente e desenvolvi-
mento rural LOCAL DE TRABALHO: _____

VEM 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 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:

[Assinatura]
ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: ___/___/___

[Assinatura]
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR
João Campos Bimba Neto
Secretário de Agric., Meio Ambiente
e Desenvolvimento Rural
Portaria nº 04/2021

Data: ___/___/___



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Amanda Graubeirane R. do Nascimento

Portador (a) do RG _____

necessita de (11) Anze _____

dias de afastamento de trabalho (escola) a partir
desta data, por motivo de doença.

CID: M25.5 // M54.5

X

DATA: 21/10/2024

Dr. Ederaldo Leite
Médico - CRM 21/310

Assinatura do Médico e CRM

Recebido em
30.10.2024
[Signature]