



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: DIANA PEREIRA ALVES CPF: 943 852 894 68

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA Nº.

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: CRECHE: "MÃE MOISA"

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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:

Solicito afastamento das minhas atividades trabalhistas por um período de 30 dias a partir de 04-03-2024 conforme atestado em anexo.

Diana Pereira Alves
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 04/03/2024

Data: ___/___/___



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Dina Almeida 14/11

NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 3 DIA(S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: 141.1

Gravida

VERDEJANTE, 04/3/24

Silvio Romero A. Rocha
Médico - Psiquiatria
CRM/PE 28367

ASSINATURA- CRM