



Excelentíssimo:

|                          |                |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Prefeito       |
| <input type="checkbox"/> | Secretário (a) |

NOME: Danielly Klumaxiane Bezerra Cruz CPF: 064.932.344-09

CARGO OU FUNÇÃO: Secretária Escolar MATRICULA Nº: \_\_\_\_\_

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Escola Osvaldo Bezerra

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 type="checkbox"/> OUTROS                              |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Atestado médico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Danielly Klumaxiane Bezerra Cruz  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 17/07/2025

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



Pernambuco

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



**ATESTADO**

Atesto que o (a) paciente,

Danielly Haumaxiane Bezerra Cruz

Portador (a) do RG \_\_\_\_\_

necessita de (15) DIAS

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

CID: 0054

Dr. Francisco Alberto R. Pinheiro  
Médico Ginecologista e Obstetra  
CRM-PE 7971

15  
07  
22