



PREFEITURA DE  
**CAAPORÃ**  
*construindo uma nova história*

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que:  
Gane Kelly da Silva Souza, CPF nº  
072.458.068-90 e RG nº 3.295.418 exerceu suas  
atividades, função: Professora escolar, em regime de  
contrato, vinculado a Secretaria de Educação do Município de Caaporã-  
PB, cumprindo jornada de trabalho de 40hs. horas semanais, na escola  
Escola e Creche Muitos Rios, nos meses de  
setembro e outubro de 2018.

Por ser verdade, dou fé e assino.

Caaporã, 18 / 03 / 2019

Gunicléa Ferreira S. de Souza  
Assinatura

CPF  
Invalído



PREFEITURA DE  
**CAAPORÁ**  
*construindo uma nova história*

### REQUERIMENTO

Informações do requerente:

072.458.054.90

Nome:	Sane Kelly da Silva Souza		
CPF/CNPJ:	072.458.058-90	Estado civil:	Telefone:
Endereço:	Srv. Barreiras, 1211.		
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	Caaporá UF: PB CEP: 58326000
Cargo:	Gest. Escolar	Lotação:	Educação Matrícula: 9976
E-mail:	RG: 3.295.418		

Venho requerer de Vossa Senhoria:

<input type="checkbox"/>	Certidão
<input type="checkbox"/>	Licença prêmio
<input type="checkbox"/>	Licença sem vencimento
<input type="checkbox"/>	Férias
<input checked="" type="checkbox"/>	Outros - Especificar
Justificativa/ Exposição de Motivos/ Outras Informações Complementares: Reconhecimento de Dívida	

Caaporá, 04 de Abril de 2019

ASSINATURA DO REQUERENTE

**CAAPORÁ**





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Kelly Silva Souza portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 04 horas, portador(a) da patologia CID-10 S12.2, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 31/10/18

Dr. Francinello Freitas  
Médico  
CRM PB 9803  
CNS 703404579057800

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(ª) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE      2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabera II, João Pessoa - PB

causa  
**ABALHO 2018**

dia ou mês	Assinatura
01	Entrada
02	Novembro
03	Feriado
04	S
05	D
06	
07	
08	
09	
10	S
11	D
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Atestado Médico  
60 dias

21	D	21
22	Nome Kelly da Silva Souza	22
23	Nome Kelly da Silva Souza	23
24	Nome Kelly da Silva Souza	24
25	Nome Kelly da Silva Souza	25
26	Nome Kelly da Silva Souza	26
27	S	27
28	D	28
29	Exentativo	29
30	Nome Kelly da Silva Souza	30
31	Atestado Médico	