

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

| | |
|--|--------------------------------|
| NOME: <i>Vagner Pereira Seneca</i> | CPF: <i>028.035.324-33</i> |
| CARGO/FUNÇÃO: <i>Agente Comunitário de Saúde</i> | MATRÍCULA Nº: |
| SECRETARIA <i>Saúde</i> | LOCAL DE TRABALHO: <i>UBSI</i> |

Venho respeitosamente perante V. Exª requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA | <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR |
| <input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO |
| <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO | <input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR | <input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE |
| <input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS) | <input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS | <input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE | <input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA | <input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Segue em anexo Declarações de comparecimento para acompanhamento nos dias 22/03/2024 e 28/03/2024.

Vagner Pereira Seneca

Assinatura do(a) requerente
Data: *01/04/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: */ /*



Fundação Altino Ventura
Recife - Pernambuco - Brasil

Rua da Soledade, nº 170, Boa Vista - Recife - PE - CEP: 50.070-040 - Fone. (81) 3302.4300

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para devidos fins de comprovação que o Sr.(a) **JOSE URIAS FERREIRA (Nome Social:)**, Prontuário: **01051226**, Atendimento: **06458809** esteve em nosso serviço para atendimento **AMBULATORIAL** no dia **22/03/2024**, estando acompanhado do Sr.(a) **VAGMA PEREIRA FERREIRA** tendo chegado às **06:00** horas e liberado às **13:12** horas.

OBS: .

Recife, 22/03/2024 13:13:01

Recepcionista
Fundação Altino Ventura
Cód.Unid.(SIA/SUS) - 0000485
Setor: POLO RETINA 4º ANDAR

FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA
CÓD. UNIDADE
(SIA/SUS) 0000485



Fundação Altino Ventura

Recife - Pernambuco - Brasil

Rua da Soledade, nº 170, Boa Vista - Recife - PE - CEP: 50.070-040 - Fone. (81) 3302.4300

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para devidos fins de comprovação que o Sr.(a) **JOSE URIAS FERREIRA (Nome Social:)**, Prontuário: **01051226**, Atendimento: **06471101** esteve em nosso serviço para atendimento **AMBULATORIAL/REVISÃO DE CIRURGIA** no dia **28/03/2024**, estando acompanhado do Sr.(a) **VÁGMA PEREIRA FERREIRA** tendo chegado às **05:30** horas e liberado às **10:03** horas.

OBS: .

Recife, 28/03/2024 10:03:27

Recepcionista

Fundação Altino Ventura

Cód.Unid.(SIA/SUS) - 0000485

Setor: ATENDIMENTOS DIVERSOS B.V .