

**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: GLAUBER DE SA VITAL CPF: 038.151.954-62

CARGO/FUNÇÃO: AGENTE ARRECAÇÃO MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: ADMINISTRAÇÃO / FINANÇAS LOCAL DE TRABALHO: SEDE

Venho respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup> 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 checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

SEGUE ANEXO DOCUMENTAÇÃO: ATESTADO 8(OITO) DIAS.

Glauber de Sa Vital

Assinatura do(a) requerente

Data: 03/06/2024

Autorização do(a) Gestor(a)

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



Dr Vallgrenio Pereira Oliveira Sá

Ortopedia-Traumatologia  
CRM13052      TEOT9406

GLAUBER DE SÁ VITAL

ATESTADO MÉDIC

SOLICITO:

AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 8 DIAS

CID M51.1

*Vallgrenio P. O. Sá*  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM13052      TEOT9406

*30/05/24*

Av. Antônio Angelim, nº520, CEP56000-000  
Pronto Socorro São Francisco, Salgueiro-PE  
Fone:988556772

*Recebido em*

*03.06.2024*

*[Signature]*