

**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <u>Hugo Alencar Ferraz de Araújo</u>	CPF: <u>093.874.604-95</u>
CARGO/FUNÇÃO: <u>Analista Jurídico</u>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA	LOCAL DE TRABALHO:

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 FAMILIA
<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 o anexo de atestado médico emitido pelo Dr. Alexandre Carvalho Sa. com duração de 15 dias.

Hugo Alencar Ferraz de Araújo  
Assinatura do(a) requerente  
Data 06/12/2023

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



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



**ATESTADO**

Atesto que o (a) paciente,

Hugo A. F. Araújo

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

necessita de (15) QUINZE

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

CID: N.47

  
Dr. Alexandre Carvalho e Sá  
CRM 14797 / TCBU

DATA: 29/11/23

Assinatura do Médico e CRM

Recebi em  
04.12.2023  
