

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <u>ATTSON DE MELLO CAVALCANTI</u>	CPF: <u>214.565.568-91</u>
CARGO/FUNÇÃO: <u>AGENTE DE ENDURTECIS</u>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <u>SAÚDE</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>SECRETARIA</u>

Venho respeitosamente perante V. Ex^a 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

<u>ATESTADO DE SAÚDE de 02 (um dia)</u> <u>do dia 08.07.2024</u>

Attson de Mello Cavalcanti

Assinatura do(a) requerente

Data: 08/07/2024

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: / /



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE

Pitsoy de Melo Louvelante

NECESSITA DE AFASTAMENTO DAS SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODO DE 02 D
PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: _____

VERDEJANTE: 08 JUL 2024

Natália Feito
Médica
CRM 31799

ASSINATURA/CRM