



**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <u>GLAUBER DE SA VITAL</u>	CPF: <u>038.151.954-62</u>
CARGO/FUNÇÃO: <u>AGENTE DE ARRECAÇÃO</u>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <u>ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>PREDIO SEDE</u>

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 (QNIS)	<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 EM ANEXO: ATESTADO MÉDICO.

glauber de sa vital  
Assinatura do(a) requerente  
Data: 09/07/2024

\_\_\_\_\_  
Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR.GLAUBER DE SÁ VITAL FOI SUBMETIDO EM 07/07/2024 À CIRURGIA DE HÉRNIA DISCAL LOMBAR L5S1 POR VÍDEO, SEM INTERCORRÊNCIAS, GL15, ASIA E.


ORIENTO:

- AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 120(CENTO E VINTE) DIAS.
- INICIAR FISIOTERAPIA MOTORA APÓS RETIRAR PONTOS

CID10: M51.0

DR.IURI HONCY CRM 9305- NEUROCIRURGIÃO

DATA: 08/07/2024

  
Dr. Iuri Araujo Hony  
Neurocirurgião / Cirurgia de Coluna  
CRM-CE 9305