



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: GLAUBER DE SA VITA	CPF: 038.151.954-62
CARGO/FUNÇÃO: AGENTE DE ADEQUAÇÃO	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE TRABALHO: PRÉDIO SEDE.

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 checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ANEXO: ATESTADO, DECLARAÇÃO MÉDICA

glauber de sa vital
Assinatura do(a) requerente
Data: 11/06/2024

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



Dr Vallgrenio Pereira Oliveira Sá

Ortopedia-Traumatologia
CRM13052 TEOT9406

GLAUBER DE SÁ VITAL

DECLARAÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM LOMBOCIATALGIA DIR AGUDA
RNM/2024 HÉRNIA DISCAL POSTEROLATERAL DIR
L5S1

ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO DE
NEUROCIRURGIAO.

SOLICITO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 45 DIAS.

[Handwritten signature]
Dr. Vallgrenio P. Oliveira Sá
Ortopedia-Traumatologia
CRM - 13052 TEOT - 9406

em: 15.06.24

11/06/24

Av. Antônio Angelim, nº 520, CEP 56000-000
Pronto Socorro São Francisco, Salgueiro-PE
Fone: 988556772

Recebi em
11.06.2024

[Handwritten signature]