



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: FRANCISCA DE ARAUJO LETTE	CPF: 402.354.404-34
CARGO/FUNÇÃO: COORDENADORA DA MULHER	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: GABINETE	LOCAL DE TRABALHO: CRAS

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"/> PENÇÃO 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 atestado médico de 15 dias.

Francisca de Araújo Leite
Assinatura do(a) requerente
Data: 11/12/2023

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

FRANCISCA DE ASSIS COSTA

ATOS PARO

Atestado de licença
CURTA NECESSITA 15
DIAZ DE FOLGAS
NA DATA ANUAL.
CID: F33.1

05.12/2023

Dr. Francisco Fábio C. Cavalcante
Médico
CREMEPE-14.604
CAPS-Cemasa-HRIS

Recebi em

11.12.2023

Assinatura

Consultas: (87) 3871-3231 | (87) 9 9932-7176
Av. Aurora de Carvalho Rosa, 2267. Centro, Saiguiro-PE
faleconosco@santalouise.com.br



SANTA LOUISE
CLÍNICA