



**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Luiz João de Oliveira</i>	CPF: <i>856.945.444-72</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Aux. de Serviços Gerais</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>de Obras</i>	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 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 90 (noventa) dias. A partir de 10.09.2024.*

*Luiz João de Oliveira*

Assinatura do(a) requerente

Data: *12/09/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data:  */ /*



GOVERNO DO  
**PERNAMBUCO**  
ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



**ATESTADO**

Atesto que o (a) paciente,

Leiz João de Oliveira

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

necessita de (90) dias

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

CID: M51

M51

10  
09

M 75

25

André Cavalcante Quental  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 13391 / RQE-PE 7258 / TEO 10470  
Secretaria Estadual de Saúde do  
Estado do Pernambuco  
Hospital Regional Inácio de Sá  
Ambulatório de Ortopedia

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico e CRM

Recebido em  
12.09.2024  
Atestado