

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: MANOEL JOSE DE LIMA NETO	CPF: 08525642944
CARGO/FUNÇÃO: TEC DE ENFERMAGEM	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA SAUDE	LOCAL DE TRABALHO: APP

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

ATESTADO MÉDICO REFERENTE AO DIA 11/12/2024

Manoel Jose de Lima Neto

Assinatura do(a) requerente,
Data: 12/12/2024.

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: / /



SECRETARIA
DE SAÚDE



UNIDADE MISTA VEREADOR SILVINO CORDEIRO
CNPJ: 11.502.090/0001-35

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, Manoel José
de Lima Neto
COMPARECEU A UNIDADE DE SAÚDE, DEVENDO PERMANECER
EM REPOUSO PO PERÍODO DE 01 DIA(S), A PARTIR DESTA
DATA.

CID: 6431.

Emily Nara A. Reis
Médica
CRM-PE. 36270

CALUMBI, 11/12/24