

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: MÁRCIO JOSÉ CUNHA DOS SANTOS CPF: 807.679.904-04

CARGO/FUNÇÃO: PROFESSOR ISOH MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: EM. JOSÉ MARTINHO DE SA

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ATESTADO MÉDICO DE 7 DIAS - A PARTIR DE 15.10.24 - CID - A11
ATESTADO MÉDICO DE 1 DIA - OS. 11.24 - TRATAMENTO TB
ATESTADO MÉDICO DE 3 DIAS - A PARTIR DE 12.12.24 - CID 11

[Assinatura]
Assinatura do(a) requerente
Data: 13/12/24

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



Secretaria de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 10.233.967/0001-77
Av. Aurora de Carvalho Rosa - Centro
Salgueiro - PE


ATESTADO MÉDICO

- Marcos José Cunha dos Santos*
- Não realizar Educação Física por um período de _____ dias
- Voltar ao trabalho _____
- Afastar-se do trabalho hoje
- Ficar em Repouso por 7 dia(s)
- Deficiente físico
- Deficiente mental
- Goza de saúde física e mental

A partir de 15 / 10 / 24

A15

Salgueiro-PE, 15 / 10 / 24



Carimbo e Assinatura



Salgueiro
PREFEITURA MUNICIPAL

Terra de amor
e trabalho.

SECRETARIA
DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaramos que Maurício José Almeida Saute esteve
na Unidade de Saúde Planalto, no dia 05/11/24 para
o seguinte atendimento:

- Consulta em Dentista
- Consulta de Enfermagem
- Puericultura
- Pré-Natal
- Hipertensão
- Imunização
- Citologia Oncótica
- Realização de Curativo
- Retirada de Ponto

*Entrega de medicamentos
+ avaliação parte de TB*

Revisão Planalto

Salgueiro-PE, 05 / 11 / 24

Claudia S.S. Tavares
COREN-PE 92045 ENF

Assinatura do Responsável



Salgueiro

Secretaria de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 10.233.967/0001-77

Av. Aurora de Carvalho Rosa – Centro
Salgueiro – PE

ATESTADO MÉDICO

Marcia José Cunha dos Santos

- Não realizar Educação Física por um período de _____ dias
- Voltar ao trabalho
- Afastar-se do trabalho hoje
- Ficar em Repouso por 3 dia(s)
- Deficiente físico
- Deficiente mental
- Goza de saúde física e mental

A partir de 12 / 12 / 24

011

Salgueiro-PE, 12 / 12 / 24

Dr. Eduardo Morais
Médico
CREMEPE 27764

Carimbo e Assinatura