



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Manuella Campelo Patrício</i>	CPF: <i>864242894-53</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Infermeira</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>Secretaria de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP</i>

Venha 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 dia 08/11/2023 devido problema de saúde.

Manuella Campelo Patrício
Assinatura do(a) requerente
Data: *08/11/2023*

Autenticação do(a) Gestor(a)
Data: / /



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Manuela Lopes Potricino

Rx

Atesto para devidos fins que
a paciente acima citada necessita
ajustar-se de suas atividades
por 01 (um dia.)

Cid: A09

Data:

08 / 11 / 23

Dra. Isabel Fiuza M. da Silva
Médica
CRM-PE 35373

Assinatura - CRM/CRO/COREN