



GOVERNHO DO ESTADO
PERNAMBUCO
NASCER TRABALHAR, NÃO PERDER



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



ATESTADO

Manoel José de Lima Neto **Atesto para os devidos fins que**

Necessita de 03 **(** três **)**
dias de licença para tratamento de saúde, a partir da
presente data.

CID = W549

Serra Talhada, 08 / 04 / 24

Gabriel S. de Souza
Médico
CRM/PE/35830
Médico - CRM
SES - HOSPAM

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA, 955 - CENTRO - SERRA TALHADA
FONE E FAX: (87) 3831-9600 - e-mail: hospam2011@hotmail.com

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Manoel José de Lima Neto</i>	CPF: <i>08525642444</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Tec. em enfermagem</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP.</i>

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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS: <i>ATESTADO</i>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<i>ATESTADO MÉDICO REFERENTE AOS DIAS 08-10 DE ABRIL DE 2024.</i>

Manoel José de Lima Neto.

Assinatura do(a) requerente
Data: *08/04/2024.*

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