



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <u>LUCIANA ALVES DE CARVALHO</u>	CPF: <u>023.863.364-09</u>
CARGO/FUNÇÃO: <u>AGENTE DE ENDEMIAS</u>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <u>DE SAÚDE</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>SECRETARIA DE SAÚDE</u>

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

SEGUE ATESTADO MEDICO DE 30 DIAS PARA
acompanhar minha mãe a Srs MARIA JOSE DA SILVA
POs CIRURGIA, A PARTIR DO DIA 08 DE AGOSTO DE
2024

Luciana Alves de Carvalho
Assinatura do(a) requerente
Data: 19/08/24

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

ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,
LUANA ALVES DE CARVALHO

Portador(a) do RG _____

necessita de (10) DIAS

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

AMPAHENDAS A VICTORA DREBORA

CID: K46

DATA: 08/08/2024

Assinatura do Médico e CRM

Recebido em
19/08/2024
[Handwritten Signature]