



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Maria Pereira Leite Nunes</i>	CPF: <i>900.838.654-20</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Agente Comunitario de Saúde</i>	MATRÍCULA Nº: <i>030-1</i>
SECRETARIA <i>Secretaria de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>UBS I</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 type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<i>Atestado médico.</i>

Maria Pereira Leite Nunes
Assinatura do(a) requerente
Data: *30/08/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: *30/08/2024*



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Momia Pereira Leite Nunes

Portador (a) do RG _____

necessita de (60) dias

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

CID: D. 28

[Signature]
Dr. Dani Carvalho
Ginecologia e Obstetrícia
CRM - PE 22.931 - RQE 9535

DATA: 05/08/24

Assinatura do Médico e CRM

*Recebi em
19.08.2024
[Signature]*