



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Ruzia Cláudia Barbosa Silva</i>	CPF: <i>058.190.564-35</i>
--	----------------------------

CARGO/FUNÇÃO: <i>Merendeira</i>	MATRÍCULA Nº:
---------------------------------	---------------

SECRETARIA <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Criche Maria Alves de Sá</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"/> PENSAO 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

<i>Reque Anexo a Testado médico Prescricao de 3 dias</i>
<i>09/05/24</i>
<i>15/05/24</i> <i> </i>
<i>16/05/24</i> <i> </i>

Ruzia Cláudia Barbosa Silva

Assinatura do(a) requerente
Data: *17/05/2024*

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

Secretaria
de Saúde



SECRETARIA-ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Luiza C. B. Silva

Portador(a) do RG _____

necessita de (01) UM

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

CID: K 80

Dr. Alexandre Inácio de Sá
CRM 14795 / TISBU

DATA: 16/05/24

Assinatura do Médico e CRM

SECRETARIA
ESTADUAL DE SAÚDE



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Luzia Cláudia B. Silva

Portador (a) do RG _____

necessita de (01) UM

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

CID: K.80.

Dr. Alexandre Carvalho e Sá
CRM 14797 / TTSBU

DATA

09, 05, 24

Assinatura do Médico e CRM

Recebido em
17.05.2024

ESTADO
DE
PERNAMBUCO



SECRETARIA ESTADUAL DE
SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Atesto, que o (a) paciente,
LUBIA C. B. SILVA

Portador (a) do RG _____
necessita de (01) UM

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

CID: X30

DATA:

15, 5, 21

Pierre de Carvalho Gondim
Clínica Médica RQE Nº 278
Cardiologia RQE Nº 286
CRM - TASSUPE

Assinatura do Médico e CRM

Recebi em
17.05.2021

[Handwritten signature]