



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Givaldo Pereira da Silva</i>	CPF: <i>551.338.394-34</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>vigilante</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Esc. Osmundo Bezerra</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:

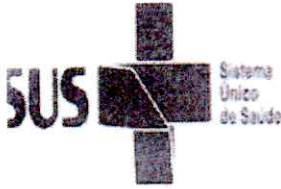
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito afastamento de minhas funções laborais por tempo indeterminado. A partir do dia 18.06.24 conforme laudo médico anexo.

x Givaldo Pereira da Silva

Assinatura do(a) requerente
Data: *20/06/2024*

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



ATENÇÃO !

Unidade conveniada ao SUS, toda cobrança é proibida.
Denúncias: (87) 3929.3571

NOME: GIVALDO PEREIRA DA SILVA
DATA: 18/06/2024
DATA DE NASCIMENTO: 28/04/65
CIDADE: SAO JOSE DO BELMONTE
REGISTRO: 41935

NOME SOCIAL: ??

RECEITUÁRIO

LAUDO MEDICO

PACIENTE PORTADOR DE OSTEOARTRITE, ARTRITE CRONICA DA CHIKUNGUNYA , EM INVESTIGAÇÃO P ARTRITE REUMATOIDE, EM USO DE HIDROXICLOROQUINA, NO MOMENTO COM POLIARTRALGIA, ARTRITE EM MAOS E PES, QUE IMPOSSIBILITA SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR TEMPO INDETERMINADO.
M19 A92 M060

Drª. Ylls Brilhante Brasileiro
Reumatologia

Dra. YLLS PRIMO BRILHANTE BRASILEIRO CRM: 23397 / R.M.CE: 14.737 / CRM: 23.397

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPAE SERRA TALHADA

Rua Quatorze de Julho s/n - CAGEP - 56.909-680

Recebi em
20.06.2024
[Assinatura]