

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

EXCELISSIMO:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Maria Emma de Almeida Freitas* CPF: *356.044.414.44*

CARGO/FUNÇÃO: *Coordenadora AEE* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *S.E.M* LOCAL DE TRABALHO: *Co. Joaquim Pinheiro*

Venho respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup> 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 PREVIU
<input type="checkbox"/> CONCESSÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM SERVIÇO
<input type="checkbox"/> RECAPAÇÃO	<input type="checkbox"/> SAÍDA FAMILIAR
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNS)	<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

*Prorrogação - licença médica em ponto de 20/04  
30 dias. CID: K 359*

*Maria Emma de Almeida Freitas*  
Assinatura do(a) requerente  
Data: *22/04/2024*

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



**ATESTADO MÉDICO**

PACIENTE: MARIA EUMA DE CARVALHO MATIAS IDADE 61 ano(s)

DATA DE NASCIMENTO: 06/01/1963

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS DE COMPROVAÇÃO QUE A PACIENTE SUPRACITADA, 61 ano(s), ENCONTRA SE IMPOSSIBILITADA DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA DE 30 ( TRINTA ) DIAS DE REPOUSO APARTIR DA DATA DE 20/04/2024  
CID: K359

Dr. Luis Henrique Freire de Carvalho  
Cirurgião Geral e Urologia  
CRM/PE 14494 / TISBU

SALGUEIRO/PE, 06 de Abril de 2024

DR LUIS HENRIQUE  
CRM/PE 14494