



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Maria Raquel Vieira da Silva Teixeira</i>	CPF: <i>108854064-35</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Conferente Planilista</i>	MATRÍCULA N°:
SECRETARIA: <i>Secretaria de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP - Unidade Kwaás de São</i>

Venho respeitosamente perante V. Exª 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: <i>Afastado médico</i>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<i>Afastamento afastado médico em 24/04/2024 de 14 dias com início em 23/04/2024. (6 meses)</i>

*Maria Raquel Vieira da Silva Teixeira*  
Assinatura do(a) requerente  
Data: *24/04/2024*

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



**DR. YURI CARVALHO**

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA  
CRM-PE 21481 - RQE 9635

## ATESTADO

Atesto para os devidos fins que mae

Raqueel Vilela da Silva Tullier

está impossibilitado de exercer suas atividades profissionais / escolares

por um período de 14 dias, a partir desta data.

Cid.: L. 50

23/04/24

Dr. Yuri Carvalho  
Ginecologia e Obstetrícia  
CRM - PE 21481 - RQE 9635