



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Jose Sergio Pereira Martins</i>	CPF: <i>008.795.394-37</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Aux. de Serviços Gerais</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>Serv. Público</i>	LOCAL DE TRABALHO:

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 type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Segue anexo laudo Médico, a partir de 22.08.24.

X JOSÉ SÉRGIO PEREIRA MARTINS
Assinatura do(a) requerente
Data: *26/08/2024*

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

Paciente

JOSE SERGIO PEREIRA MARTINS

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRA-CITADO É PORTADOR DE DOENÇA HEPÁTICA CRONICA SECUNDÁRIA AO ALCOOL, COM HIPERTENSÃO PORTAL (PLAQUETOPENIA + ESPLENOMEGALIA). NO MOMENTO DESCOMPENSADO EM ASCITE E ICTERÍCIA CHILD C11, MELD-NA: 26 QUE IMPOSSIBILITAM DE FORMA TEMPORÁRIA EXERCER ATIVIDADES LABORAIS.

CID-10: K70 ; K766; R16.11; R18; R17

Vitor Madeiro
Clínica Médica /
Hepatologia
CRM-PE 17802

RECIFE, 22 DE AGOSTO DE 2024

Recebi em
26.08.2024