



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Maria Amélia Leite Nunes</i>	CPF: <i>900.888.654-20</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Agente Comunitária de Saúde</i>	MATRÍCULA Nº: <i>30</i>
SECRETARIA: <i>Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>UBS-I</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"/> 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

Solicito a tipificação do requerimento referente ao pro. tendo nº 2000000539/2023 para inclusão de um novo atendente que segue em anexo.

Maria Amélia Leite Nunes
Assinatura do(a) requerente
Data: *26/10/2023*

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

ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,
MARIA PETRILDA LEITE NUNES

Portador (a) do RG _____

necessita de (10) DIAS

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

CID: H8D

DATA: 10 10 2013

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

Assinatura do Médico e CRM