



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Guilaine Pires de Sá</i>	CPF: <i>028044664-00</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Professora</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>José Martinho</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

<i>segue anexo atestado do medico de 3</i>
<i>dias</i>
<i>01/08/2024</i>
<i>02/08/2024</i>
<i>23/09/2024</i>

Guilaine Pires de Sá

Assinatura do(a) requerente
Data: *27/09/2024*

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

NOME: GISLAINE PIRES DE SÁ CARVALHO

Atestado Médico

Declaração Médica

Declaração de Acompanhamento

Compareceu ao ambulatório, necessitando de 01 dia de licença médica.

Compareceu ao ambulatório, no horário das _____ às _____ horas, sendo liberado em seguida para suas atividades.

Compareceu ao ambulatório, no período da _____, sendo liberado em seguida para suas atividades.

23/09/2024

Dra. Cibele Coelho Dias
Cir. de Cabeça e Pescoço
CRM: 21.470/PE | 27.121/BA
Dra. CIBELE COELHO DIAS
CRM PE - 21470
4696

Dra. Carolina Sá
Alergia e Imunologia
Crianças e Adultos
CRM: 21.489-PE / 33.497-BA
RQE: 4696

Dra. Cibele Coelho
Cir. de Cabeça e Pescoço
CRM: 21.470-PE / 27.121-BA
RQE: 4587

Dra. Eduarda Costa
Otorrinolaringologista
CRM: 21.490-PE / 33.934-BA
RQE: 8660

Dra. Horrara Diniz
Otorrinolaringologista
CRM: 23.723-PE
RQE: 8837

(87) 9 3862-6586

(87) 9 8878-0873

✉ clinivida.espmedicas@gmail.com

📍 Alfa Centro Médico Rua Santa Luzia, 85, Centro, Petrolina/PE. CEP: 56304-100



Osiane Pires de sa Conselho.

Atestado Médico

Atesto pl os dados fis que a MS
sugere toda estes acompanhado
a Sra Maria tone de sa Pires em
consulta médica

Dr. Ylls Brilhante Brasileiro
Reumatologia
CRM-CE: 14.737 / CRM: 23.907

15/09/24

ciente em
20/08/2024
J. S. Santos



CLINIQUE
Saúde Integrada


Receituário Médico

Gislaine Pous de Sá Cordeiro

Atestado Médico

Atesto p/ os devidos fins que
a Sra. Supracitada esteve em
acompanhamento médico (mãe Maria
Jone de Sá Pous) na data de hoje
01/08/24.

Z763

Dra. V. L. G. 
CRM-PE 17701

01/08/24

Paciente em
02/08/2024
