



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: LAYNARA FERNANDA NOGUEIRA	CPF: 064.360.914-83.
CARGO/FUNÇÃO: TÉCNICA DE ENFERMAGEM	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA SAÚDE	LOCAL DE TRABALHO: HOSPITAL DE PEQUENO FORTE (UPP)

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Licença Médica de 14 dias, a contar da data em tela

Laynara Fernanda Nogueira
Assinatura do(a) requerente
Data: 27/11/2023

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

TESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

ATESTADO MÉDICO

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

NOME: LAYNARA FERNANDA NOGUEIRA

IDADE 34

ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE 21/11/2023 À 22/11/2023, PORTANTO NECESSITANDO LICENÇA MÉDICA.

COMPARECEU A(O) _____ NECESSITANDO DE 14 DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

COMPARECEU A(O) _____ ÀS _____ HS, SENDO LIBERDADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES.

DATA 22/11/2023


CAROLINE XAVIER DE AGUIAR

CAROLINE XAVIER DE AGUIAR

ESTUDANTE -