



**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Francisco de Sousa Filho</i>	CPF: <i>845414824-87</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Aguilh. C. de Saúde</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <i>Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>PSF - II Jussara</i>

Venho respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup> 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 atestado de 15 dias  
após o dia 04/11/2024.*

*Francisco de Sousa Filho*

Assinatura do(a) requerente

Data: *26/11/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */  /*

**ATESTADO**

Atesto que o (a) paciente,

Francisco de Sá Torres FilhoPortador (a) do RG 4551071necessita de (15) Quinzedias de afastamento do trabalho (escola) a partir  
desta data, por motivo de doença.CID: 591

**Drª Cléa Roriz**  
Cirurgiã Geral  
CRM - PE 24.327 - RQE 5077

DATA: 04 / 11 / 24

Assinatura do Médico e CRM