

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Paulo Protério da Silva</i>	CPF: <i>459.246.783-34</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Aux. de Serviços Gerais</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Ebc. 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"/> 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 médico de 05 (cinco) dias a partir de 27.08.2024

x Paulo Protério da Silva
Assinatura do(a) requerente
Data: *28/08/2024*

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



ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS,
QUE O PACIENTE PAULO PEREIRA DA SILVA,
52 ANOS, SEXO MASCULINO, FUNCIONÁRIO PÚBLICO,
NECESSITA SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES
POR 05 (CINCO) DIAS, POR MOTIVO
DE DOENÇA.

CID: K 409

(Two large, sweeping blue lines, likely a signature or scribble)

27/08/24

Recibido em
28.08.2024

(Signature)
Raquel Ferreira Angelo
Clínica Geral / Pneumologista
CRM: 20451