



**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: Zanessa Maria Maciel CPF: 117 975 834-59

CARGO/FUNÇÃO: ASO MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA Secretaria de saúde LOCAL DE TRABALHO: PSF V

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Segue anexo atestado médico de 90 dias a partir do dia 29/08/2024

Zanessa Maria Maciel  
Assinatura do(a) requerente  
Data: 29/08/2024

\_\_\_\_\_  
Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



### ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

VANESSA MARIA MACIEL

Portador (a) do RG \_\_\_\_\_

necessita de (30) DIAS

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

FRATURA UNHA DO TÁRSI / 1º MET.  
Lado capulo bifurcado + unhas  
t. Filulas longo

CID: \_\_\_\_\_

Clínico São  
Traumatologia - Ortopedia  
R. 15 - TECT 9576

DATA: 23/08/2024

Assinatura do Médico e CRM

Recebido em

29.10.2024