



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <u>Janessa Maria Maciel</u>	CPF: <u>117 975 834-59</u>
CARGO/FUNÇÃO: <u>ASB</u>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <u>Saúde</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>PSF V</u>

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

<u>segue anexo atestado medico de 30 dia a partir do dia 29-11-24</u>

Janessa Maria Maciel
Assinatura do(a) requerente
Data: 29/11/2024

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



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Vanessa Nátia Nociel

Declaração Médica

Atesto, para os devidos fins de direito, que a paciente supracitada necessita afastar-se de suas atividades por um período de 30 (trinta) dias, devido a Fratura luxação lateral / 5ª metatarso + base corpúsculo espongioso + lesão fibular esquerda.

7

Mércia Carvalho
Médica
PE 35.712

Data: 29 / 11 / 24

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Recebi em
29.11.2024

[Signature]