

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: DANIELA BARRETO DA CRUZ GONZAGA	CPF: 061.341.954-56
CARGO/FUNÇÃO: COORD. CRAS	MATRÍCULA Nº: 0000000131
SECRETARIA ASSISTÊNCIA SOCIAL	LOCAL DE TRABALHO: CRAS

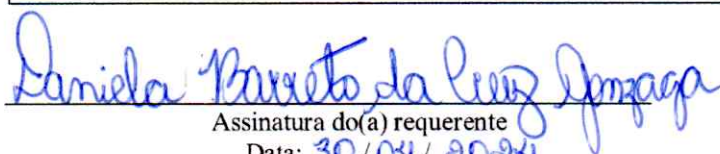
Venho respeitosamente perante V. Ex^a requerer:

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

Altereis deste venho requerer licença de tratamento de saúde, por 30 dias, a partir de 30 de Abril de 2024.



Assinatura do(a) requerente

Data: 30/04/2024

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___



Dr Vallgrenio Pereira Oliveira Sá
Ortopedia-Traumatologia
CRM13052 TEOT9406

DANIELA BARRETO DA CRUZ GONZAGA

SOLICITO:

AFASTAMENTO DO TRABALHO POR MAIS 30 DIAS A
PARTIR DE 30/04/24

FRATURA DE GRANDE TUBEROSIDADE DE ÚMERO
ESQ
PACIENTE EM REABILITAÇÃO

CID S42

24/04/24

Av. Antônio Angelim, nº520, CEP56000-000
Pronto Socorro São Francisco, Salgueiro-PE
Fone:988556772