



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: Antonio Targino Ferreira Filho CPF: 106.966.154.58

CARGO/FUNÇÃO: ASSESSOR DE SERVIÇOS PÚBLICO MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: SERVIÇOS PÚBLICOS LOCAL DE TRABALHO: SEC. DE SERVIÇOS PÚBLICOS

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 CEDIÊNCIA
<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

ATESTADO DE 45 DIAS DE AFASTAMENTO DEVIDO A UMA CIRURDIA UMBILICAL REALIZADA EM 25 DE NOVEMBRO DE 2025, CONFORME ATESTADO MÉDICO EM ANEXO.

Antonio Targino Ferreira Filho

Assinatura do(a) requerente
Data: 02/12/2025

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



SECRETARIA
DE SAÚDE



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Antonio Trovão Ferreira Filho
CPF: 101.766.154.58

Atesto que o (a) paciente,

Antonio T. F. Filho

Portador (a) do RG _____

necessita de (45) QUARENTA E CINCO

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

CID: K.42.9

Dr. Alexandre de Carvalho e Sá
Cirurgião Geral e Urologia
CRM - 14797 / TTSBU
CPF - 007.490.844-80

DATA: 25, 11, 25

Assinatura do Médico e CRM