

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: DANIELA BARRETO DA CRUZ GONZAGA	CPF: 063.341.954-56
CARGO/FUNÇÃO: COORD. CRAS	MATRÍCULA Nº: 0000000131
SECRETARIA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	LOCAL DE TRABALHO: CRAS

Venho respeitosamente perante V. Exª 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

Através deste, venho requerer Licença de tratamento de saúde, por 60 dias, a partir de 02 de março de 2024.

*Daniela Barreto da Cruz Gonzaga*

Assinatura do(a) requerente  
Data: 04 / 03 / 2024

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



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Daniels Soares da Cruz

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

necessita de (60) Sessenta

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

CID: S42.2

DATA: 02, 03, 24

Dr. Fernando Melo  
Ortopedia e Medicina Esportiva  
CRM-PE 25275 / CRM-BA 30919  
RQE: 14814

Assinatura do Médico e CRM