

**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: PITTSOON DE MELLO CAVALCANTE CPF: 224.565.568/99

CARGO/FUNÇÃO: AGENTE DE ENDERMEIAS MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: Secretaria

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Requerer um dia de atestado do dia 05/01/2021 por motivo de doença

Pitsoon de Mello Cavalcante  
Assinatura do(a) requerente  
Data: 05/01/2021

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

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE  
Rafael de Melo Cavalcanti, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE  
SUAS ATIVIDADE PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODO DE 01 DIA (S)  
A PARTIR DA DATA CORRENTE.

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

VERDEJATE/PE, 05/01/2011

Dra. Natália Feitosa  
Médica  
CRM 31799

MÉDICO - CRM