

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Vagner Pereira Ferreira</i>	CPF: <i>028.035.324-33</i>
--------------------------------------	----------------------------

CARGO/FUNÇÃO: <i>Agente Comunitário de Saúde</i>	MATRÍCULA Nº:
--	---------------

SECRETARIA <i>Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>UBS I</i>
-------------------------	---------------------------------

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<i>Solicito o Adicional por tempo de serviço tendo em vista ser um direito adquirido por efetivo exercício no serviço Público Municipal, conforme Estatuto do Servidor Público do Município: Art. 69.</i>

Vagner Pereira Ferreira

Assinatura do(a) requerente

Data: *07/03/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */ /*



Fundação Altino Ventura

Recife - Pernambuco - Brasil

Rua da Soledade, nº 170, Boa Vista - Recife - PE - CEP: 50.070-040 - Fone: (81) 3302.4300

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para devidos fins de comprovação que o Sr.(a) **JOSE URIAS FERREIRA** (Nome Social:), Prontuário: **01051226**, Atendimento: **06417268** esteve em nosso serviço para atendimento **CIRURGICO** no dia **04/03/2024**, estando acompanhado do Sr.(a) **VAGMA PEREIRA FERREIRA** tendo chegado às **05:00** horas e liberado às **10:23** horas.

OBS: .

Recife, 04/03/2024 10:23:36



Recepcionista
Fundação Altino Ventura
Cód.Unid.(SIA/SUS) - 0000485
Setor: INTERNAMENTO INT -IPT 1º AND

A FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA É CONVENIADA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CÓDIGO UNIDADE (SIA/SUS) 0019518, DESDE FEVEREIRO DE 1992. É RECONHECIDA COMO UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL, DECRETO LEI Nº 15844 DE 30/12/1993, ESTADUAL DECRETO LEI Nº 11338 DE 17/04/1996 E FEDERAL DECRETO Nº 2027 DE 08/07/1998.



Fundação Altino Ventura

Recife - Pernambuco - Brasil

Rua da Soledade, nº 170, Boa Vista - Recife - PE - CEP: 50.070-040 - Fone. (81) 3302.4300

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para devidos fins de comprovação que o Sr.(a) **JOSE URIAS FERREIRA (Nome Social:)**, Prontuário: **01051226**, Atendimento: **06420210** esteve em nosso serviço para atendimento **AMBULATORIAL** no dia **05/03/2024**, estando acompanhado do Sr.(a) **VAGMA PEREIRA FERREIRA** tendo chegado às **06:00** horas e liberado às **08:50** horas.

OBS: .

Recife, 05/03/2024 08:51:38

Recepcionista
Fundação Altino Ventura
Cód.Unid.(SIA/SUS) - 0000485
Setor: POLO RETINA 4º ANDAR

FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA
CÓD. UNIDADE
(SIA/SUS) 0000485