



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: MANOEL JOSÉ DE LIMA NETO	CPF: 085.256.429-44
CARGO/FUNÇÃO: TEC. EM ENFERMAGEM	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA SAÚDE	LOCAL DE TRABALHO: HPP

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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ATESTADO MÉDICO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE CID 10 - Z 54.0. INICIADO NO DIA 11/03/2024 ATÉ 09/02/2024

OBS.:
ATESTADO EM ANEXO.

Manoel José de Lima Neto:
Assinatura do(a) requerente
Data: 15/03/2024

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: / /

Paciente: MANOEL JOSE DE LIMA NETO

Prontuário: 7380418

ATESTADO

Atesto para fins de trabalho que a Sr MANOEL JOSE DE LIMA NETO necessita de 30 (TRINTA) dias de repouso para recuperação de procedimento cirúrgico.

Cid 10 - Z54.0

Recife, 11/01/2024

JOSE JULIO ARRUDA
CRM 22918

Jose Julio Arruda
Cirurgião Plástico
CRM-PE 22918 RQE 11013