



**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: Letícia dos Santos Bezerra CPF: 092.829.574-54

CARGO/FUNÇÃO: Agente comunitária de Saúde MATRÍCULA Nº: \_\_\_\_\_

SECRETARIA: Secretaria de Saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS III - Lagoa

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 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 médico de 45 dias a partir de 19/02/26

Letícia dos Santos Bezerra

Assinatura do(a) requerente  
Data: 20/02/26

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



SECRETARIA  
DE SAÚDE



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



**ATESTADO**

Atesto que o (a) paciente,

Letícia dos Santos Bezerra

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

necessita de (45) QUARENTENA E CINCO

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

CID: K40.9 / K42.9

Dr. Alexandre de Carvalho e Sá  
Cirurgião Geral e Urologia  
CRM - 14797 / TISBU  
CPF: 007.490.844-00

DATA: 19, 02, 26

Assinatura do Médico e CRM