



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Marta Maria Alves* CPF: *078.629.084-65*

CARGO/FUNÇÃO: *ACS* MATRÍCULA Nº: *564*

SECRETARIA: *saúde* LOCAL DE TRABALHO: *PSF IV*

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 type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que justizo ausent. das minhas funções trabalhistas por motivo de doença, conforme atestado médico em anexo.

Marta Maria Alves

Assinatura do(a) requerente

Data: *24/11/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */ /*



SAÚDE
CO

SECRETARIA
DE SAÚDE



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

MANSA MARCO ALON

Portador (a) do RG _____

necessita de (30) dias

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

CID: K85.9

DATA: 30 / 9 / 22

Carlos Frederico S. Barros
CRM nº 13892
Clínico Geral
Assinatura do Médico e CRM

40