



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Clay de Barros Barbosa* CPF: *117.400.444-44*

CARGO/FUNÇÃO: *Agente de Combate em Endemias* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Sec. de Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *Vigilância*

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

Atestado médico: 28/05/26 (2 dias) e 18/05/26 (3 dias)

Clay de Barros Barbosa

Assinatura do(a) requerente

Data: *27/05/26*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */ /*





SALGUEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 10.233.967/0001-77
Rua João Veras de Siqueira, s/n, Castelinho
Salgueiro - PE

ATESTADO MÉDICO

- Não realizar Educação Física por um período de _____ dias
- Voltar ao trabalho
- Afastar-se do trabalho hoje
- Ficar em Repouso por 07 (sete) dia(s)
- Deficiente físico
- Deficiente mental
- Goza de saúde física e mental

A partir de 21 / 01 / 2026

CID: S934

PARA: ELYS de BARROS BARBOSA . (117.400.444-44)

Salgueiro-PE, 21 / 01 / 2026

Dr. Guilherme A. Carvalho
Médico
CRM-PE

Carimbo e Assinatura

SECRETARIA
DE SAÚDE



Pernambuco

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Leys - D. D. B. A.

Portador (a) do RG _____

necessita de (03) DIAS

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

CID: 5 93 4

Dr. Eugênio Muniz
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Joelho
CRM nº 20.420 TEU: 20.220

DATA: 18/01/26

Assinatura do Médico e CRM