

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Kátia Cilene de Sá</i>	CPF: <i>187.590.048-94</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Professora</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <i>Sec. de Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Criche Mãe Mosa</i>

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

*Citestado referente a paciente Kátia Cilene de Sá que encontra-se impossibilitada de realizar atividades laborais que demandam esforço físico e mental por 90 dias conforme documento anexo.*

*Kátia Cilene de Sá*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *27/02/24*

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data:  */ /*

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO: 00167732

ATENDIMENTO: 01496960

DATA: 27/02/2024

NOME: KATIA CILENE DE SA

NOME DA MÃE: MARIA ANTONIA DA SA

DATA NASC: 14/02/1972 IDADE: 52 Anos 0 Mês 13 Dias

SEXO: FEMININO

EST.CIVIL:

ENDEREÇO: RUA ANCILON ELOI BEZERRA

Nº: 478

COMPL: PADRE JOSE MARIA

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: VERDEJANTE

CEP: 56120000

RECEITUÁRIO SIMPLES

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE CITADA É PORTADORA DE FIDROMIALGIA. ENCONTRA IMPOSSIBILITADA DE REALIZAR ATIVIDADES LABORAIS QUE DEMANDE ESFORÇO FÍSICO E MENTAL POR 90 DIAS.

CID:M79.7



FELIPE PEREIRA GUIMARAES -  
CRM - 21713 - REUMATOLOGIA

