

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: MANOEL JOSE' DE LIMA NETO	CPF: 085 256 729-99
CARGO/FUNÇÃO: TEC EM ENFERMAGEM	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA SAÚDE	LOCAL DE TRABALHO: HPR

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

ATESTADO MÉDICO REFERENTE AO DIA 10/01/2024

Manoel Jose' de Lima Neto.

Assinatura do(a) requerente
Data: 31/01/2024

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o (a) servidor (a),

Manoel José de Lencastre Neto

matrícula nº _____, foi atendido no

_____ de _____

necessitando de 01 (um)

dias de licença.

Recife, 10 / 01 / 2024.

José Júlio Arruda
Cirurgião Plástico
CRM-PE 22918 RQE 11013

Assinatura e Carimbo do Médico - CRM