

NOME: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

CLINICA: \_\_\_\_\_

### RECEITUÁRIO

Dados para os devidos fins que a paciente Sibmaria de Carvalho Leite encontra-se no FNA 2 e no momento está impossibilitada de exercer seus funçoes por 15 dias a partir de hoje



DATA: 23/01/24

Assinatura do Médico e CRM  
Cristiane Pimenta  
Médica  
CRM-PE 11546

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Simone de Carvalho Leite</i>	CPF: <i>074.092.514-84</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Técnica de Engenharia</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP</i>

Venho respeitosamente perante V. Exª 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: <i>Atestado</i>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<i>Atestado Médico, 15 dias.</i>

*Simone de Carvalho Leite*  
Assinatura do(a) requerente  
Data: *26/01/24*

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