



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: JOÃO JOSÉ Gondim CPF: 946-181-944-72

CARGO/FUNÇÃO: AUX SERVIÇO Gerais MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: ESCOLA JOSE MARTINHO SIA

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

João José Gondim
Assinatura do(a) requerente
Data: 10/07/25

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





GOVERNO DE
**PER
NAM
BU**
ESTADO DE MUDANÇA

GOVERNO DO ESTADO DO PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ

#ATESTADO MÉDICO#

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE JOÃO JOSÉ GONDIM NECESSITA DE AFASTAMENTO DO TRABALHO POR PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS. FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE METATARSOS DO PÉ DIREITO, NO DIA 2/7/2025.

CID10: S92

2/7/2025

Dr. Francisco Bruno Cellão
ORÇEBISTA
CRM-PE 16420, CRM-CE 10.049