



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Maria Elaine Pereira Saraiva CPF: 127.511.314-17

CARGO/FUNÇÃO: Téc. Enfermagem MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: de Saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS I.

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: <u>Licença por motivo de doença em pessoa da família.</u>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito licença para tratamento de doença em pessoa da família, conforme art. 81, inciso IV e art. 96, caput, §2º da Lei nº 418/93, que dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos do município de Verdejante.

Ademais, trata-se de pessoa ascendente (avo), conforme atestados médicos em anexo. Obs.: em caso de indeferimento solicito justificativa.

Maria Elaine Pereira Saraiva

Assinatura do(a) requerente

Data: / /

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: / /



Antônia Saldade Pereira

Dra. Eduarda
Ferreira Lopes

Relatório Médico

Declaro para devidos fins, que Antônia Saldade Pereira, acompanhada através de visitas domiciliares há cerca de 03 anos, devido importante limitação física, deambulando com dificuldade; possui quadro oncológico importante, demandando muito mais de cuidados; possui diagnóstico de Hipertensão Arterial (I10) Em uso de Lisinapril 5mg, Doxorrubicina (M79.7) Em uso de ydroxipirina para Insuficiência Renal (I87) em uso de Dexamina 900+100 Prolapso Uterino (N80) Aguardando parecer para realização de cirurgia. Diante do exposto, idosa necessita de cuidados em tempo integral devido, risco de quedas.



@eduardamflopess

87 9 8152 7686

Dra. Eduarda M. F. Lopes
Médica
CRM-PE 29.584



RECEITUÁRIO

PACIENTE: Maria Soledade Pereira

Declaração Médica

Paciente, 86 anos, HAS, cardiopata, e quadro de insuficiência venosa crônica. Atualmente com prolapso uterino total, em programação cirúrgica, de modo que estará sob cuidados da neta: Maria Elaine Pereira Souza.

7
CURSO: DIO, N81, 1872.

ME.

Tais Parente
Médica
CRM-PE 36388

DATA: 18/08/25

ASSINATURA