



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Milena Rustina Fernandes CPF: 125 591 004 - 60

CARGO/FUNÇÃO: Tec / enfermagem MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS IV

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

Segue anexo atestado Médico de Férias, a partir da data 12/02/25

x Milena Rustina Fernandes

Assinatura do(a) requerente

Data: 13/02/25

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___



ATESTADO MÉDICO

VIA DIGITAL
VALIDAR EM:
<https://assinaturadigital.iti.gov.br>

Atesto que o(a) Sr.(a) Milena Cristina Fernandes da Silva

encontra-se sob meus cuidados profissionais necessitando de afastamento de suas atividades pelo período de 7 dias

Observações:

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que a Srta Milena Cristina Fernandes da Silva compareceu a este serviço a fim de continuar o seu tratamento ambulatorial. F41.1, CID-10. Nesta oportunidade com agravamento dos sintomas a despeito do uso de múltiplas medicações. Foi feito reajuste no esquema atual.

NOME DO(A) MÉDICO(A): JAIME BESERRA SANTANA

CRM: 4821

UF: PE

LOCAL DE ATENDIMENTO: SERRA TALHADA

CNES: 7767552

ENDEREÇO: RUA JOAQUIM GODOY 388 1 ANDAR (UNICLIN 1º ANDAR)

BAIRRO: NOSSA SENHORA DA PENHA

CIDADE: SERRA TALHADA

UF: PE

TELEFONE: (87) 3831-6406 (87) 99922-1377

DATA DE EMISSÃO: 12/02/2025

JAIME BESERRA SANTANA:062482 17491	Assinado de forma digital por JAIME BESERRA SANTANA:06248217491 Dados: 2025.02.12 06:52:47 -03'00'
---	--

ASSINATURA MÉDICO(A)