



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA Prefeitura
 DA SECRETARIA

NOME: Wesley Alessandro Soares RIBEIRO CPF: 032.013.064-19

CARGO/FUNÇÃO: Condutor de ambulância MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: Secretaria de Saúde LOCAL DE TRABALHO: HCP

Vindo requerimento por via V. C.º 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"/> SÚMULO FAMILIAR |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR | <input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE |
| <input type="checkbox"/> REQUERIMENTO DE VÍNCULO (CNS) | <input type="checkbox"/> PERMISSA DE CÉDENCIA |
| <input type="checkbox"/> COTO DE FÉRIAS | <input type="checkbox"/> REMISSÃO 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 ESCALARIDADE |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: <u>ATENDIMENTO</u> |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Empty box for complementary information.

Wesley Alessandro Soares RIBEIRO
Assinatura digital requerente
Data: 13/06/2025

Assinatura do(a) Gestor(a)
Data: 1. 1.

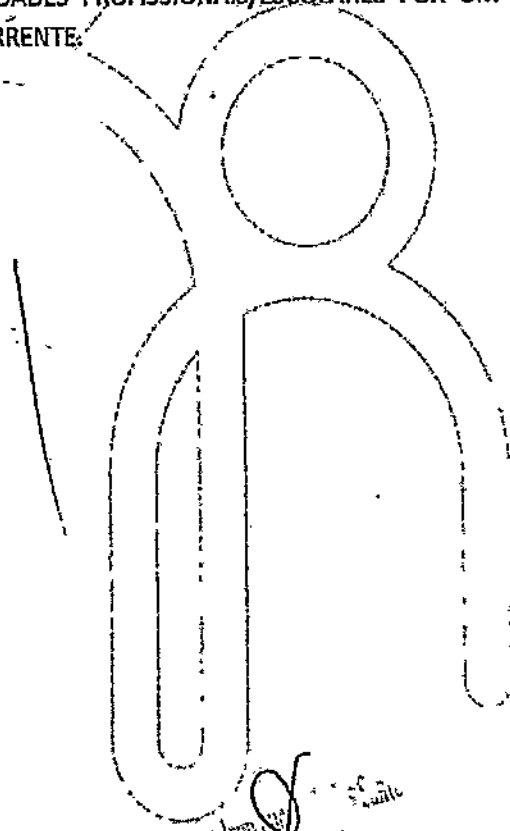




ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Alencar Alessandro
Bezerra NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM
PERÍODE DE 02 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE:

CID: _____



VERDEJANTE, 13/06/21

Prof. Dr. Alencar Bezerra
CRM nº 95313

ASSINATURA- CRM