

Excelentíssimo Senhor(a) Secretário(a) de Gestão Pública.

(nome)

N.I. _____, R.G. _____, residente

na _____
(endereço)

(cargo/função-atividade)

da Secretaria _____,

classificado(a) n _____, solicitou _____ dias de licença saúde,
(unidade) (nº)

tendo sido o exame médico realizado no _____
(órgão e município)

O D.P.M.E., foi contrário à licença em despacho publicado no D.O.E. de _____
(data)

Apresentou pedido de reconsideração, que foi indeferido por despacho publicado no D.O.E. de _____
(ou concedidos apenas _____ dias).
(data) (nº)

Diante dos fatos, solicita a Vossa Excelência, em grau de recurso, a concessão da licença pleiteada,
juntando _____.
(documento anexado)

(data)

(assinatura)

(Observação: Remeter para:C.A.A.S.
Av. Prefeito Passos, S/N - Várzea do Carmo - Glicério - CEP: 01517-020
São Paulo – Capital – CEP: 01517-020)