

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)