



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Mônica de Cássia Bezerra</i>	CPF: <i>907.639.364-91</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Professora</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Escola</i>

Venho respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup> 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 checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

*Segue em anexo o atestado médico de 30 dias a partir de 20/09/2024.*

*Mônica de Cássia Bezerra*  
Assinatura do(a) requerente  
Data: *20/09/2024*

*Wellington de Souza Bezerra*  
Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: *20/09/2024*



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Mônica de Colares  
Bezerra, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 30 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: K80

VERDEJANTE, 20/09/24

**Dr. Janistorp Sá**  
MÉDICO

CRM - 31761

ASSINATURA - CRM