

**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Marizany L. Silva de Carvalho</i>	CPF: <i>308.650.894-77</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Professora</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Ede. Joaquim Tinavus</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 anexo atestado médico, pelo período de 15 dias, a partir de 27/10/2023.*

*Marizany Saindinaha Silva de Carvalho*

Assinatura do(a) requerente

Data: *01/11/2023*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Secretaria  
de Saúde



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



NOME:

Mariany Leneir Valva ID: 5114

CLINICA:

de Carvalho

### RECEITUÁRIO

Atesto

Para devidos fins que  
paciente necessita de 15  
dias de afastamento  
de suas atividades

CID. 020

DATA:

27, 10, 23

  
Assinatura do Médico e CRM

Recebi em  
01.11.2023  
