



**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Helena Martins Motius</i>	CPF: <i>882.893.544-48</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Ag. Adm.</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <i>Administração</i>	LOCAL DE TRABALHO:

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 de 14 dias a partir de 15.04.2024.*

*Helena Martins Motius*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *02/05/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: */  /*



ZHN6CCB

## ATESTADO

(regulamentado pelas leis nº 5081 de 24/08/1966 e 6215 de 30/06/1975)

Atesto para os devidos fins de que HELENA MARTINS MATIAS, encontra-se impossibilitado(a) de realizar suas atividades por 14 dias a contar a partir do dia 15/04/2024 por motivo de saúde.

CID: Z54.0

Juazeiro do Norte, 13 de Abril de 2024 11:23



**AMIGOSIGN ASSINATURA DIGITAL**

A assinatura válida está incorporada no arquivo PDF e pode ser validada no site <https://validar.it.gov.br>.

**CLAUDIO ALAN OLIVEIRA DA ROSA**  
13/04/2024 11:23:47

Dr. Claudio Alan Oliveira da Rosa  
Oftalmologista  
CRM 20823/CE RQE 10517