



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: EDITE DOS SANTOS MACIEL CPF: 109.965.051-23

CARGO/FUNÇÃO: PROFISSIONAL DE APOIO MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: JOSÉ MARTINHO DE SÁ

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DECLARAÇÃO MÉDICA DE ACOMPANHAMENTO
APARTIR DO DIA 28 DE AGOSTO DE 2024

Edite dos Santos Maciel

Assinatura do(a) requerente

Data: 02/09/2024

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: / /



RADIODERME

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Sr^a **EDITE DOS SANTOS MACIEL** compareceu neste consultório no período da manhã acompanhando sua filha menor ANA CECILIA DOS SANTOS MACIEL para realização de exame de ULTRASSONOGRRAFIA, no dia 28 de AGOSTO2024.

105 076 280/0001-91
R. ...
Av. A ... 515
Conto ... 000-000
SALGUEIRO

RADIODERME

RADIOLOGIA E DERMATOLOGIA LTDA.

CNPJ: 05.976.280/0001-91