

## REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Kauane Kelly Oliveira dos Anjos* CPF: *136 929 874-98*

CARGO/FUNÇÃO: *Agente administrativo* MATRÍCULA Nº: *12068-1*

SECRETARIA: *Secretaria de Administração* LOCAL DE TRABALHO: *Setor jurídico*

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 atestado com a quantidade de dias necessários para o afastamento, iniciando a partir do dia 01/04/2024.*

*Kauane Kelly Oliveira dos Anjos*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *03/04/2024*

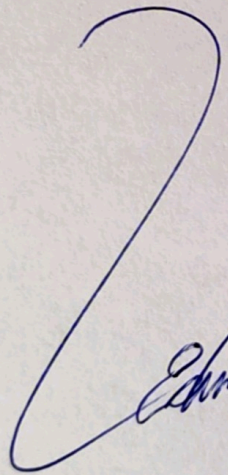
Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Consultório Odontológico**  
**Dr. Eduardo Parente**  
Cirurgião Dentista - CRO - 9412/PE

**Atestado odontológico**

Atesto que o(a) senhor(a) Kauane Kelly Oliveira dos Anjos, realizou tratamento odontológico e necessita de 05 dia de afastamento das atividades.

Salgueiro, 01/ 04 / 2024

  
Dr. Eduardo Parente  
Cirurgião Dentista  
CRO 9412