

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Ryane Maria de Sá e Silva Souza</i>	CPF: <i>060.938.984-52</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Aux. Serv. Gerais</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <i>Adm / Finanças</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Sec. Agricultura</i>

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

<i>Atestado médico em anexo</i>

Ryane Maria de Sá e Silva _____
Assinatura do(a) requerente
Data: 08/07/24

_____ /
Autorização do(a) Gestor(a)
Data: ___/___/___



(87) 3871-0521 | (87) 98812-81689
Rua Joaquim Sampaio, 400, Salgueiro - PE
(CEMED)

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que (o)a paciente REYNE
MARLY DE SA F SILVA
encontra-se em tratamento necessitando de 02 dias (meses)
de afastamento do trabalho (escola) a partir desta data.

Cid MOA-F/10-11

Salgueiro, 01 de Julho de 2024

Dr. Evaldo Bezerra
Cirurgião Dentista
CRO/PE 6104-PE
CPT: 23.954-04

Assinatura/carimbo médico