



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

| | |
|---|---|
| NOME: <i>Maria Raimunda de Jesus</i> | CPF: <i>022.187.324-40</i> |
| CARGO/FUNÇÃO: <i>Agente Administrativo</i> | MATRÍCULA Nº: |
| SECRETARIA: <i>Administração e Finanças</i> | LOCAL DE TRABALHO: <i>Setor de Tributos</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 type="checkbox"/> OUTROS: |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Segue anexo atestado médico, apartir do dia 08/10/2024. (4 dias).

Maria Raimunda de Jesus

Assinatura do(a) requerente

Data: *08/10/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___

Maria Rosmida de Jesus
Atestado

Atesto que a supracitada
necessita de 4 (quatro) dias
de afastamento das ativi-
dades laborais.

CIP: JH

08 10 24

Dr. Jauistorp Sá
MÉDICO
CRM 3751

Recebi em

08.10.2024

