



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <u>Raquel de Silva Araújo</u>	CPF: <u>119.586.584-80</u>
CARGO/FUNÇÃO: <u>Professora</u>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <u>Educação</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>EJTS</u>

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 type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Anejar atestado médico de 1 dia.

Raquel de Silva Araújo

Assinatura do(a) requerente  
Data: 09/08/2024

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE

*Raquel de Silveira Araujo*

NECESSITA DE AFASTAMENTO DAS SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODO DE 01 DIA(S) PARTIR DA DATA CORRENTE.

*Acompanhando filha*

CID: \_\_\_\_\_

VERDEJANTE:   /  /  

ASSINATURA/CRM

*Recebi em  
09.08.2024*

*[Signature]*