



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Fabiana da Silva Lizar* CPF: *008-071.934-10*

CARGO/FUNÇÃO: *Merendeira* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA *De Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Escola Paquim Lavares*

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 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 anexo atestado médico de 30 dias

Fabiana da Silva Lizar

Assinatura do(a) requerente

Data: *09/11/2023*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */ /*

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE
Fabiana da Silva Azeite, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE
SUAS ATIVIDADE PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODO DE 30 DIA (S)
A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: M47.0

VERDEJATE/PE, 09/01/23

Dra. Natália Peitosa
Médica
MÉDICO - CRM