

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: Maria da Conceição Pires da Silva CPF: 007 791 844-40

CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA Nº: \_\_\_\_\_

SECRETARIA de Educação LOCAL DE TRABALHO: breche

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


Maria da Conceição Pires da Silva

Assinatura do(a) requerente

Data: 08/11/2024

Autorização do(a) Gestor(a)

Data:   /  /



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINE QUE O(A) PACIENTE

REQUERITA DE REATAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 15 DIA(S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID:

F41

VERDEJANTE, \_\_\_\_\_

01/11/2024

Maria da Conceição

(S. Grunig)

*[Handwritten signature]*

ASSINATURA - LKIM

Recada em  
11.11.2024  
*[Handwritten signature]*