



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Mariany Landina de Sousa de Carvalho</i>	CPF: <i>108.650.894-77</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Professora</i>	MATRÍCULA Nº: <i>1489</i>
SECRETARIA: <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Escola Joaquim Inocêncio de Sá</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 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 15 dias.

Mariany Landina de Sousa de Carvalho

Assinatura do(a) requerente

Data: *13 / 11 / 22*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */ /*



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Maryam Lindinalva Silva de Carvalho

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que a paciente referida necessita afastar-se de suas atividades laborais pelo período de 15 (Quinze) dias. CID - Autorizada pelo paciente) espontânea desta data.

CID: 020.

Data: 11/11/2023

Dr. Emerson Pinheiro de Almeida
MÉDICO
CREMEPE 28.384

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Recebi em
13/11/2023
[Signature]