



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: Raquel da Silva Araújo Brito	CPF: 119.586.584-80
CARGO/FUNÇÃO: Professora	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: Educação	LOCAL DE TRABALHO: ESTS

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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Atestado médico de 1 dia, data 13-11-2024

Raquel da Silva Araújo

Assinatura do(a) requerente
Data: 13/11/2024

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: / /

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Raquel da S. A. Brito

Atletada

Atesto que a supra cita
da necessita de 1 (um)
dia de afastamento das
atividades laborais

C10: Z76.3

Data: 11/11/24


Dr. Janistório S5
MEDICO
Assinatura - CRM/CRO/COREN

Recibido em
13.11.2024
