

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <u>Mônica de Cassia Bezerra</u>	CPF: <u>907.619.364-91</u>
CARGO/FUNÇÃO: <u>Professora</u>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <u>Educação</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>Escola</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 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 em anexo o atestado médico de 15 dias a partir de 04/09/2024.

Mônica de Cassia Bezerra  
Assinatura do(a) requerente  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Wellington de Souza Bezerra  
Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ATESTADO**

Atesto que o (a) paciente

MÔNICA DE ASSIS BEZERRA

Portador (a) do RG \_\_\_\_\_

necessita de (15) DIAS

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir desta data, por motivo de doença.

CID: K80

Dr. Jairo F. Frutuoso (TCBC)  
Cirurgia do Aparelho  
Digestivo e Laparoscopia  
CRM: 15571

DATA: 04/09/24

Assinatura de Médico e CRM