



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

|   |                            |
|---|----------------------------|
| NOME: <i>Mãe da Conceição Pinheiro da Silva</i> | CPF: <i>009.791.844-40</i> |
| CARGO/FUNÇÃO: <i>Professora</i>                 | MATRÍCULA Nº:              |
| SECRETARIA<br><i>Educação</i>                   | LOCAL DE TRABALHO:         |

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 Anexo atestado médico de 20 dias  
a partir de 16/04 a:*

*Mãe da Conceição Pinheiro da Silva*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *17/04/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



DR. IGOR RAYAN  
NUTROLOGIA E QUALIDADE DE VIDA  
CRM 21659

Marra da conceição Pires da Silva

Atestado Médico

Paciente com dor intensa, sem capacidade  
para suas atividades laborais por 20 (vinte)  
dias a partir de hoje 16/04/24.

CID: M54.5

Dr. Igor Rayan R. Freire  
CREMEC: 21659  
CREMEPE: 32196

☎ 88 99769-2977  
📷 @dr.igorayan  
✉ igorayan23@gmail.com