

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Luízia Cláudia Barbosa Silva</i>	CPF: <i>038.199.564-35</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Merendeira</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Creche Maria Aires</i>

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 anexa atestado de três dias, a partir do dia 17/04/2024*

*Luízia Cláudia Barbosa Silva*  
Assinatura do(a) requerente  
Data: *17/04/2024*

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

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Roberto Clezio B. Silva,  
NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 03 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: 4064

Dra. Isabel F. da Silva  
Médica  
CRM 35373

VERDEJANTE, 17/04/24

ASSINATURA- CRM

Recebido em  
17.04.2024  
*Edson*