

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

| | |
|---|--|
| NOME: <i>Maria Aparecida de Castro</i> | CPF: |
| CARGO/FUNÇÃO: <i>Ag. adm. de Educação</i> | MATRÍCULA Nº: |
| SECRETARIA: <i>Educação</i> | LOCAL DE TRABALHO: <i>Esc. Joaquim Torres de</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 type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA | <input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA | <input type="checkbox"/> OUTROS: <i>Atertado</i> |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Atertado de cumprimento junto da Srta. Maria Ap. Lopes Castro para o pagamento de quitação de curso: Curso de Secret. Escolar. Matrícula nº: 04.07.24 a 04.08.24.

Maria Ap. Lopes Castro
Assinatura do(a) requerente
Data: 30/07/2024

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: / /



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

M^a Aparecida Rôpax Cardoso

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que a paciente necessita de afastamento das suas atividades no período de 30 (trinta) dias.

CID Z76.3

Data:

04.07.2024

Natália Feitosa
Médica
CRM 31799

Assinatura - CRM/CRO/COREN