



**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: Mania Aparecida Lopes Pereira CPF: 01955317445

CARGO/FUNÇÃO: Ag. Administrativo MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: Sec. de Educação LOCAL DE TRABALHO: Esc. Joaquim Torres de Sa

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  
ausência por motivo de saúde.  
Apartir do dia 03.06.24

Atestado de 30 dias

Mania Aparecida Lopes Pereira  
Assinatura do(a) requerente  
Data: 30/06/24

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Mary Aparecida dos Santos

\_\_\_\_\_, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODO DE 02 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: 2763 a partir de 17/06/2024 até 19/06/2024

VERDEJANTE, 17/06/2024

[Handwritten Signature]

ASSINATURA- CRM

Recebido em  
20.06.2024  
[Handwritten Signature]