



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: MARIA DE FATIMA BEZERRA DOS SANTOS	CPF: 028.335.684-79
CARGO/FUNÇÃO: PROFESSORA	MATRÍCULA Nº: 175
SECRETARIA: EDUCAÇÃO	LOCAL DE TRABALHO: ESCOLA JOSE PAULINO DOS SANTOS

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 checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pede afastamento de trabalho por motivo de doença (cirurgia de histerectomia), CID D. 25, por 60 dias, como consta no atestado em anexo.

Maria de Fatima B. dos Santos
Assinatura do(a) requerente
Data: 21/05/2024

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

ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Maria de Fátima Bezerra
dos Santos

Portador(a) do RG _____

necessita de (60) dezenas

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

CID: D. 25

DATA: 10/05/24

Dr. Yuri Carvalho
Ginecologia e Obstetria
CRM - PE 21481 - RQE 9635
Assinatura do Médico e CRM