

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Maria Ediluzia Pereira</i>	CPF: <i>856.939.284-20</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Ag. Adm.</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Esc. Joaquim Barbosa</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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Segue anexo atestado médico de 15 dias a partir de 21.11.2024

x Maria Ediluzia Pereira

Assinatura do(a) requerente
Data: *22/11/2024*

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



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Maria Edileiza Pereira

Declaro que a paciente
suscitada acima
afastar-se de suas
atividades por um
período de 15 (quinze)
dias, no motivo
de doença.

Data: 21 / 12 / 24

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Recebi em
22.11.2024