



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Mariana Ediluzza Pereira* CPF: *856.939.284-20*

CARGO/FUNÇÃO: *Agente Administrativo* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Esc. Joaquim Tobias*

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 22.01.2025

Mariana Ediluzza Pereira
Assinatura do(a) requerente
Data: *23/01/25*

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





ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MARIA EMERSON PEREIRA

+/, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 15 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: M54.1
M51.1

DR. Emerson Pierre Almeida
CRM/PE 28384
MÉDICO
CRM/PE 22073
Porque tudo faz bem!

22/01/2025.

VERDEJANTE, 1

ASSINATURA- CRM

Recebido em
23-01-2025