



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Fátima Dyanne de Souza Oliveira</i>	CPF: <i>115.675.884-09</i>
--	----------------------------

CARGO/FUNÇÃO: <i>Professora</i>	MATRÍCULA Nº:
---------------------------------	---------------

SECRETARIA <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Escola Joaquim Távares de Sá</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 checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Deixo em anexo ~~de~~ atestado médico do dia 31 de outubro ao dia 01 de novembro, e outro do dia 20 de novembro ao dia 22 de novembro.

Fátima Dyanne de Souza Oliveira
Assinatura do(a) requerente
Data: *23/11/2023*

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Fátima Jayane Eteki
Oliveira, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 2 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: _____

VERDEJANTE, 30/10/23

Dr. Janistano Sá
MÉDICO
CRM-317

ASSINATURA- CRM

Recebido em
23/11/2023

[Handwritten signature]



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Fátima Dayanne de S. Oliveira
Aterido

Atesto que a supracitada
paciente de 3 (três) dias de
absentamento das atividades
laborais

CID: J11

Data: 20/11/23

Dr. [Signature]
MÉDICO
CRM-3175

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Recebido em
23/11/2023

[Signature]