



**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

|   |  |
|---|--|
| NOME: <i>Elys de Barros Barbosa</i>                 | CPF: <i>117.900.996-94</i>                       |
| CARGO/FUNÇÃO: <i>Agente Comunitário de Endemias</i> | MATRÍCULA Nº:                                    |
| SECRETARIA<br><i>De Saúde</i>                       | LOCAL DE TRABALHO:<br><i>Secretaria de Saúde</i> |

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"/> PENSAO 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

|  |
|--|
| <i>Ser que em anexo atestado médico de 05 dias, a partir do dia 12/09/2024</i> |
|  |
|  |
|  |
|  |

*Elys de Barros Barbosa*

Assinatura do(a) requerente

Data: *24/09/24*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */  /*



Centro de Especialidades Odontológicas  
Dr. Maurício Alencar



Atestado

Atesto para os devidos fins que: Eliz de Barros Barbosa  
necessita se afastar do(a) \_\_\_\_\_ pelo período de: 05 dias

CID: k08.1 k08.80

12/09/2  
Data: 11

  
Dr. Paulo Oliveira  
Cirurgião - Dentista  
CROPE - CD 425443

Assinatura | Carimbo

Fumar é prejudicial à saúde dos dentes.

Recebi em  
24.09.2024  
