



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Kátia Regina Nativas da A. Barros.</i>	CPF: <i>969.495.084-68</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Professora.</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>de Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO:

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

Deque anexo atestado médico de 30 dias.

Kat Barros

Assinatura do(a) requerente
Data: *25/04/2024*

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



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Kátia Regina Leite da
Silva Barros

ATESTADO

atesto para os devidos fins,
que a paciente Kátia Regina
Leite da Silva Barros, necessita
afastar-se de suas atividades
laborais por um período de
30 (trinta) dias, a partir do
dia 24/04/24.

CID10: H90.3 / H83.0

Data: 24/04/24

Dra. Noyla Denise A. de Sá
Ginecologia - Obstetrícia
CRM/DE 22453

Assinatura - CRM/CRO/COREN