



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Maria Nilda Lima e Silva</i>	CPF: <i>820.608.514-91</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Aux. de Serviços Gerais</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <i>Administração</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Fórum</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 (quinze) dias a partir de 16.10.2024.

Maria Nilda Lima e Silva
Assinatura do(a) requerente
Data: *25/10/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: *1/1*



SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

PARA: _____

Atentado

Atento que Maria
Nilda Lima e Silva,
nascida em #15# (quinze)
dia de setembro de
uma função.

CID: M.79.7

Dr. César Augusto de Almeida

CRM: 10.100

16/10/24

TRAVESSA DIONON ALVES DE CARVALHO, 19 - CENTRO

Recibido em

25.10.2024