



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Antônia de Souza e Silva</i>	CPF: <i>032 625 674 18</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Gestor Escolar</i>	MATRÍCULA Nº: <i>16</i>
SECRETARIA <i>Secretaria Municipal de Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>CMEI Matilde Antônio da Sá</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"/> 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

*Apresento atestado médico devido ter passado por um procedimento cirúrgico.*

*Antônia de Souza e Silva*

Assinatura do(a) requerente

Data: *22/04/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



**ATESTADO**

Atesto que o (a) paciente,

Antonielle de Souza e Sales

Portador (a) do RG \_\_\_\_\_

necessita de (60) dias

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir  
desta data, por motivo de doença.

CID: N.80

Dr. Yuri Carvalho  
Ginecologia e Obstetrícia  
RQE 9693

DATA: 22/04/24

Assinatura do Médico e CRM