

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: Natália Matilde Matias de Sá.	CPF: 044.032.934-50
CARGO/FUNÇÃO: Professora	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA Educação	LOCAL DE TRABALHO: Esc. Joaquim Tavares

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

Venho através deste solicitar licença para tratamento de saúde no período de 10 de junho a 24 de junho do corrente ano.

Natália Matilde Matias de Sá

Assinatura do(a) requerente
Data: 26.06.2024

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



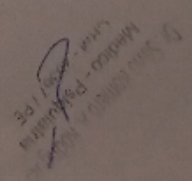
ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Maria Raima S.

NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 04 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: 44.1

VERDEJANTE, 10 / 06 / 2014


ASSINATURA- CRM