

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: Ana Grete Alves dos Santos	CPF: 000.509.003-64
CARGO/FUNÇÃO: Professora	MATRÍCULA Nº: 1545
SECRETARIA: Secretaria de Educação	LOCAL DE TRABALHO: Osmundo Bezerra

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 type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito licença para tratamento de saúde pelo período de 5 dias, conforme atestado em anexo.

Ana Grete Alves dos Santos

Assinatura do(a) requerente
Data: 25/10/2023

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: / /



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

ANA OBETE Alves dos Santos

Portador(a) do RG _____

necessita de (05) CINCO DIAS

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

CID: Síndrome de Down 104.0
+ alteração em função
devido a idade de 40 anos

Dr. FAYTON GAITHER

DATA: 21 / 04 / 23

Assinatura do Médico e CRM