

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Mariany da Silva de Carvalho</i>	CPF: <i>108.650.894-77</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Professora</i>	MATRÍCULA Nº: <i>1489</i>
SECRETARIA <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Escola Joaquim Tavares</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 checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Segue anexo atestado médico de 15 dias, a partir do dia 24/11/2023.

Mariany da Silva de Carvalho
Assinatura do(a) requerente
Data: *27/11/2023*

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE
Mariany h. Silva de Carvalho . NECESSITA DE AFASTAMENTO DE
SUAS ATIVIDADE PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODO DE 15 DIA (S)
A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: 020

VERDEJATE/PE. 24 / 11 / 23

Ataíde Feitosa
Médica
31759

MEDICO - CRM

Recebi em
27.11.2023
[Signature]