



## REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Maria Thais Araújo Barros CPF: 075.701.523-95

CARGO/FUNÇÃO: Aux. Serviços Gerais MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: de Saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP

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 checked="" 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

Seguem em anexo os atestados médicos dos dias 02 de janeiro (02 dias) e do dia 24 de janeiro de 2025, de 3 dias.

Maria Thais Araújo Barros

Assinatura do(a) requerente  
Data: 28/01/2025

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_





PREFEITURA DE  
**PENAFORTE**  
COMPROMISSO POR DIAS MELHORES

HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO MUNIZ  
CNPJ: 07.414.931/0001-85  
AV. ANA TEREZA DE JESUS, 686.  
CENTRO-PENAFORTE - CE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr  
(a) Marina Thais A. Barros

Encontra-se impossibilitado (a) de exercer suas atividades por um  
período de 02 (DOIS) dia (s), por motivo de doença.

CID 10: \_\_\_\_\_

DATA: 02 / JANEIRO / 2025

CRM 2.130

ASS. MÉDICO/CARIMBO

### NOTA:

Este atestado é válido para as finalidades no art. 86 do R.G.P.S aprovado pelo decreto N° 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento de trabalho.

Av. Ana Tereza de Jesus nº 686, Pe. Cícero – Penaforte / CE. CEP: 63.280-0000.

Recebi em

28-01-2025



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr  
(a) Luciana Tereza Araújo Bezerra

Encontra-se impossibilitado (a) de exercer suas atividades por um período de 03 (Tres) dia (s), por motivo de doença.

CID 10: A90

DATA: 24 / 01 / 20 25

Dr. Francisco Luciano Santana  
MÉDICO  
CREMEC: 7818

ASS. MÉDICO/CARIMBO

### NOTA:

Este atestado é valido para as finalidades no art. 86 do R.G.P.S aprovado pelo decreto N° 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento de trabalho.

Av. Ana Tereza de Jesus nº 686, Pe. Cícero – Penaforte / CE. CEP: 63.280-0000.

Recebido em  
28.01.2025