



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeita

Sr. Secretário(a)

NOME: *Ramã Cruz da Silva* CPF: *745.439.894-49*

CARGO/FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº: *277*

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Escola Clementino Nogueira*

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 type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

*Segue atestado em anexo*

*Ramã Cruz da Silva*

Assinatura do(a) requerente

Data: *02/02/2026*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: / /



ATESTADO ODONTOLÓGICO

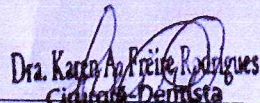
Clínica Sorria

Rua Osmundo Bezerra, 254

Atesto, para os devidos fins, que o(a) paciente Ramã Cruz da Silva, portador do CPF nº 745.439.894-49, foi atendido(a) em consulta odontológica nesta data, sendo necessário o afastamento de suas atividades por 15 dias, contando a partir de hoje.

CID 10: Z96.5

Salgueiro, 02 de Setembro de 2026

  
Dra. Karla do Prêito Rodrigues  
Cirurgiã-Dentista  
CRO/RE 17.712

Assinatura e Carimbo do Profissional