



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: Josefa Daviane de Sá Lopes CPF: 121.969.794-06

CARGO/FUNÇÃO: _____ MATRÍCULA Nº: (87)988553410

SECRETARIA: _____ LOCAL DE TRABALHO: _____

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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS: <u>Relatório escolar</u> |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Relatório escolar Sora Raquel Lopes Souza
Turma 6º ano Escola municipal Osvaldo Beze-
ma

Josefa Daviane de Sá Lopes

Assinatura do(a) requerente
Data: 03/11/25

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



SECRETARIA
DE SAÚDE



Pernambuco

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



NOME:
CLINICA

Guilherme Rogério de Souza

ID:

RECEITÁRIO

Receituário Ender

intussusção por
bênção intestinal,
organizado

Dra. Caroline Teles
Neuropediatria
CRM/PE 17792

DATA:

31 / 10 / 25

Assinatura do Médico e CFM