



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
- Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Fátima Dyanne de Souza Oliveira</i>	CPF: <i>115.675.884-09</i>
--	----------------------------

CARGO/FUNÇÃO: <i>Professora</i>	MATRÍCULA Nº:
---------------------------------	---------------

SECRETARIA: <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>ERMEI Joaquim Javarez de Sá</i>
-----------------------------	---

Venho respeitosamente perante V. Exª 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

<i>Afastamento das atividades laborais pelo período de 30 dias conforme solicitado em <del>o</del> atestado médico.</i>

*Fátima Dyanne de S. Oliveira*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *03/11/2025*

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





**amorsaúde**  
MEDICINA, ODONTOLOGIA E EXAMES

www.amorsaude.com.br

## RECEITUÁRIO

Fátima Dyonna de Souza Oliveira  
Aterto de médico

Aterto para os devidos fins que a paciente está em acompanhamento para CID 10 F41.1 + F32.2; apresenta quadro de humor deprimido, labilidade emocional, anedonia, irritabilidade, insônia - com presença de crises de ansiedade recorrentes. Em uso de Dese 100 mg/dia + Carboditrem 30mg 12/12h + Praxim 3mg/dia + Clonazepam 0,5mg. Diante da intensidade, gravidade e persistência dos sintomas, a mesma necessita afastar-se de suas atividades por 30 (trinta) dias.

FERNANDA SAMPAIO  
Médica  
Ambulatório de Psiquiatria  
CRM-CE 25775

18/10/25