



## REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

nome: *Alan Pires Duarte* CPF: *093 364 544 98*

CARGO/FUNÇÃO: *Motorista* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *José Martins*

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

*Atestado Médico*


*Alan Pires Duarte*

Assinatura do(a) requerente

Data: *05/12/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_




ATESTADO MÉDICO

Paciente:	Prontuário	Idade	Data
ALAN PIRES DUARTE	8807619	35	21/11/2025
ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO DEVE AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 15 (QUINZE) DIAS, A PARTIR DO DIA 21/11/25.			
CID Z 98			

23/10/2025 - 13:59  
Data e hora de preenchimento

MAURILIO TOSCANO DE LUCENA - CRM: No. 10586  
Médico e CRM

  
**Maurilio Toscano**  
Clínica Geral e Coloproctologia  
CRM - 10586