



## REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

nome: Alaymy Maria da Silva CPF: 112 532 344-26

CARGO/FUNÇÃO: Cozinheira MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: Hospital

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

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LICENÇA MÉDICA 30 DIAS

Alaymy Maria da Silva

Assinatura do(a) requerente

Data: 06/04/26

Autorização do(a) Gestor(a)

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





## RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Alloyany Maria da Silva  
Atestado

Atesto que a supracitada  
necessita de 30 (trinta) dias  
de afastamento das atividades  
laborais

C10. Z35

Data:

13/03/20

Dr. Janistorp Sá  
Médico  
CRM 31781

Assinatura - CRM/CRO/COREN