



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: Vanessa Janus Silva Santos CPF: 196.832.864.84

CARGO/FUNÇÃO: _____ MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: CEI Antonio Cândido

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:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Atestado medico apartir do dia 31/03/2026

Vanessa Janus

Assinatura do(a) requerente
Data: 07/04/2026

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



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Womara Maria Siqueira

Portador (a) do RG _____

necessita de (14) dias

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir
desta data, por motivo de doença.

CID: 020.0


DR. YUCHI CARVALHO
GINECOLOGIA E OBSTETRICIA
CRM - PE 2437 - RQE 9655

DATA: 31/03/26

Assinatura do Médico e CRM