



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Maria Raimunda de Jesus Sousa da Silva CPF: 022.187.324-40

CARGO/FUNÇÃO: Agente Administrativo MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: Administração e Finanças LOCAL DE TRABALHO: Setor de Tributos

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

<u>Atestado</u>	<u>23/02/2026</u>	<u>(2 dias)</u>
<u>Atestado</u>	<u>02/03/2026</u>	<u>(5 dias)</u>

Maria Raimunda de Jesus Sousa da Silva

Assinatura do(a) requerente

Data: 09/03/2026

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___





SECRETARIA DE
SAÚDE



GOVERNO MUNICIPAL DE
VERDEJANTE
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Maria Paula
da de Jesus
NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE
2 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: _____

VERDEJANTE, 23/02/26

Dr. Janiston Sá
Medico
CRM - 31751
SIGNATURA - CRM



SECRETARIA DE
SAÚDE



GOVERNO MUNICIPAL DE
VERDEJANTE
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Maria Arimunda
de Jesus S. da Silva
NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE
5 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: _____

VERDEJANTE, 02/03/2016

Dr. Janistorp Sá
Médico
CRM - 31751
ASSINATURA- CRM