



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

| | |
|--------------------------------|----------------------------|
| NOME: <i>Alan Pires Duarte</i> | CPF: <i>093 364 544 96</i> |
|--------------------------------|----------------------------|

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| CARGO/FUNÇÃO: <i>Motociclista</i> | MATRÍCULA Nº: |
|-----------------------------------|---------------|

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| SECRETARIA: <i>Educação</i> | LOCAL DE TRABALHO: <i>Jose Martin</i> |
|-----------------------------|---------------------------------------|

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 type="checkbox"/> OUTROS: |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| |
|------------------------|
| <i>Atestado Médico</i> |
| |
| |
| |
| |

Alan Pires Duarte
 Assinatura do(a) requerente
 Data: *10/11/2025*

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



ATESTADO MÉDICO

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------|
| Paciente: ALAN PIRES DUARTE | Prontuário 8807619 | Idade 35 | Data 21/10/2025 |
|--------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------|

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO DEVE AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES POR 30 (TRINTA) DIAS

CID Z 98

Dra. Bruna Bittencourt
Cirurgiã Geral / R. Coloproctologia
CRM 30245 / RQE 15325

Bruna Bittencourt de Amorim

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

BRUNA BITTENCOURT DE AMORIM - CRM: Nº.30245
Médico e CRM