



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Ramã Cruz da Silva*

CPF: *745439894-49*

CARGO/FUNÇÃO: *Professora*

MATRÍCULA Nº: *277*

SECRETARIA: *Educação*

LOCAL DE TRABALHO: *Escola
Clementino Nogueira*

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

Segue em anexo o atestado

Ramã Cruz da Silva

Assinatura do(a) requerente
Data: *09/12/2025*

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



ATESTADO ODONTOLÓGICO

Clinica Sorria

Rua Osmundo Bezerra, 254.

Atesto, para os devidos fins, que a paciente Ranira Cruz da Silva
CPF nº 745.439.894-49, foi atendida em consulta odontológica nesta data, sendo
necessário o afastamento de suas atividades por 14 dias, a contar de hoje.

Salgueiro, 9 de 12 de 2025.



Assinatura do Profissional