



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO (11) 985529 223

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Patrícia maria da Silva* CPF: *10650400902*

CARGO/FUNÇÃO: MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: LOCAL DE TRABALHO:

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: <i>Preletorio escolar</i>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Preletorio escola
Aluno Jose Helder Silva Silveira
mãe meso infantil 1

Patrícia maria da Silva

Assinatura do(a) requerente

Data: *12/11/25*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___





RECEITUÁRIO

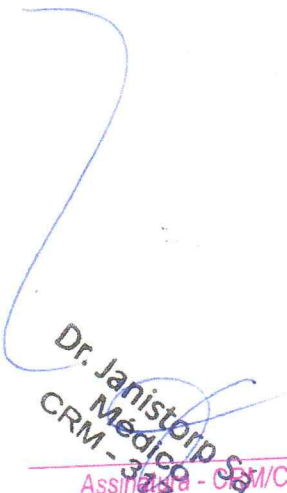
Nome do Paciente:

Jose H. S. Oliveira

Soluto

- Relatório de
desenvolvimento
escolar

Data: 12/11/25


Dr. Janistório S.
Medeiros
CRM - 35751

Assinatura - CRM/CRO/COREN