



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Morin Ediluzza Pereira* CPF:

CARGO/FUNÇÃO: *Agente Administrativo* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Joaquim Tavares*

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 médico

Morin Ediluzza Pereira

Assinatura do(a) requerente

Data: *12/12/25*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ____/____/____





SECRETARIA DE SAUDE



GOVERNO MUNICIPAL DE VERDEJANTE
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: _____

ATESTADO MEDICO
ATESTADO QUE MHA EXILEUROS
PEREIRA NECESSITA AFASIAN-SE
20 TRABALHA NO 14 (centro)
2007 POR MONTO 32-200000,
CID 10 M54.5

11/02/25

DR ANIZARIO J COSTA
MÉDICO
CRM-CE 8175 - CRM-PE 14.242

Data: ____/____/____

Assinatura - CRM/CRO/COREN