



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

8796045830

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Fabiana Michele de O. Santos* CPF: *06797450411*

CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA Nº: \_\_\_\_\_

SECRETARIA: \_\_\_\_\_ LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

Venho respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup> 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>Relatório Escolar</i> |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

*Relatório Escolar*  
*Aluno Enzo Emanuel de O. Ferreira 2º Ano A*  
*Escola Joaquim Tavares de Sá*

*Fabiana Michele de O. Santos*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *13/11/025*

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_





SECRETARIA DE  
SAÚDE



GOVERNO MUNICIPAL DE  
**DEJANTE**  
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

## RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Eng. Amândio A. C. Faria

A pedido,

Soluto adotar o modo:

Data: 02/11/2025

Assinatura - CRM/CRO/COREN