



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Marin Ediluzo Pereira</i>	CPF:
------------------------------------	------

CARGO/FUNÇÃO: <i>Agente Administrativo</i>	MATRÍCULA Nº:
--	---------------

SECRETARIA: <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Josquim Tavares</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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<i>Atestado médico</i>

Marin Ediluzo Pereira

Assinatura do(a) requerente
Data: 19/11/25

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





ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE M⁹ EDICELYS PEREIRA

NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 14 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CUI: M545

DR. ANIZARIO COSTA
MÉDICO
CRM-CE 8175
CRM-PE 14243

DR. ANIZARIO COSTA
MÉDICO
CRM-CE 8175
CRM-PE 14243

DR. ANIZARIO COSTA
MÉDICO
CRM-CE 8175
CRM-PE 14243

DR. ANIZARIO COSTA
MÉDICO
CRM-CE 8175
CRM-PE 14243

ASSINATURA-CRM