



## REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

Nome: *Faithane S. Resendi* CPF: *079.519.864.17*

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:

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

*Atestado médico de 2 dias*

*Faithane S. Resendi*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *15/10/2026*

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





SECRETARIA DE  
SAÚDE



GOVERNO MUNICIPAL DE  
**VERDEJANTE**  
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Taylone da  
Silva Rezende  
NECESSITA DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODO DE  
2 DIA(S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: \_\_\_\_\_

VERDEJANTE, 13/04/26

Dr. Janistopp Sá  
Médico  
CRM 31754  
ASSINATURA- CRM