



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

87996184962  
**NOME:** *Yacileide maria de Souza* **CPF:** *11155491467*

**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

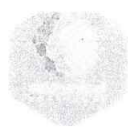
*Sarah gabrielle souza carlos*  
*matilde Antônia de Sai*  
*infantil II*

*Yacileide maria de Souza*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *17/04/20*

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





RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Sarah Gabriele G. Carlos

Yolceito

① Relatório cognitivo / comportamental escolar

Data: 14.04.26

Dra. Lindinez Cecilio  
Médica  
CRM-DE 32.831