



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: ANTÔNIO ERICK DO CARMO SILVA CPF: 118 771 448 86

CARGO/FUNÇÃO: AGENTE ADMINISTRATIVO MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: SECRETARIA DE EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO:

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 MEDICO

Assinatura do(a) requerente

Data: 17/11/2025

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___



SECRETARIA
DE SAÚDE



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Antonio Erico do Carmo Silva

Portador (a) do RG _____

necessita de (60) SESSENTA _____

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir
desta data, por motivo de doença.

CID: K.60.9 / N.92

Dr. Alexandre Cavalcanti
Otorrinolaringologista
CRM 18718
2019

DATA:

25/09/25

Assinatura do Médico e CRM