

**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Jana Lídia R. de Araújo Nunes</i>	CPF: <i>946.188.444-34</i>
--	----------------------------

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

SECRETARIA <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Distribuição Comarca de Verdejante/PE</i>
----------------------------	---

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"/> PENSAO 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 checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<i>Solicito licença para tratamento de saúde.</i>

*Jana Lídia R. de Araújo Nunes*  
Assinatura do(a) requerente  
Data: *19/02/2024*

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



**Dr<sup>a</sup> Maria Sônia Cazuzza**  
Atendimento em Psiquiatria/ Clínica Médica

## Atestado médico

Atesto para os devidos fins que a paciente Ana Célia Araújo Nunes encontra-se em tratamento médico psiquiátrico necessitando ficar afastada de suas atividades laborativas por um período de (60) sessenta dias, com quadro de ansiedade mista, apresentando sintomas como inquietude, agitação, irritabilidade, dificuldades de interações sociais, sem dia, individual. Exames de Sinais e Escrita por 1006/dia CID: F41.1  
Salgueiro 16/02/24

Maria Sônia Cazuzza  
Capoeiras  
CREMEP 16.397

**Medical Center**  
Praça João Burrego, 223  
Capoeiras - PE

**Ateliê da Saúde**  
Rua Jornalista Almy Alves dos Santos, 73  
Dom Helder Câmara (Viana e Moura)

**Ateliê da Saúde**  
Rua Alberto Soares, 60  
Salgueiro - PE