



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Alber Carvalho da Silva CPF: 900.838.064-15

CARGO/FUNÇÃO: Professor MATRÍCULA Nº: 04

SECRETARIA: SEDUC (Secretaria de Educação) LOCAL DE TRABALHO: Escola Antonio Renocato

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Alber Carvalho da Silva

Assinatura do(a) requerente
Data: 19/11/2025

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: / /



ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Allen Carvalho
da Silva
NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE
360 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: 6122

VERDEJANTE, 01/01/25


Dr. Janistorp Sá
Médico
CRM - 81754
ASSINATURA