



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: Gislaine Pires de Sa CPF: 028.044.669.00

CARGO/FUNÇÃO: Professora MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Jose Santinho

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

Gislaine Pires de Sa

Assinatura do(a) requerente
Data: 19/12/25

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: ___/___/___





RADIODERME

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaramos para os devidos fins que a Sr(a) **GISLAINE PIRES DE SÁ CARVALHO**, compareceu neste consultório no período da manhã para realização de **EXAME ULTRASSONOGRRAFIA** no dia **26 de novembro 2025**.

Radioderme
Radiologia e Dermatologia Ltda
Av. Antônio Angelim, 515
Centro - CEP. 56.000-000
SALGUEIRO - PE

[Handwritten signature]

Cliente em 08/12/2025
[Handwritten signature]

Recebe em 10/12/2025
[Handwritten signature]

RADIODERME-RADIOLOGIA E DERMATOLOGIA - LTDA

FONE: 3871-3927 / 87.98821-2484

AV.ANTÔNIO ANGELIM Nº515, CENTRO

SALGUEIRO-PE

ULTRASSONOGRRAFIA 4D | DOPPLER COLORIDO | MAMOGRAFIA DIGITAL | RADIOLOGIA DIGITAL | DERMATOLOGIA

Av. Antônio Angelim, 515 - Centro - Salgueiro - PE
Fones: (87) 3871.3927 / 98821.2484 ©