



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

(87) 99634-0611

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
- Sr. Secretário(a)

NOME: Cláudia Maria Angela Pereira de Carvalho CPF: 694 325 384 00

CARGO/FUNÇÃO: _____ MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: saúde LOCAL DE TRABALHO: S.M-S.

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"/> AVEREAR 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 CEDIÊNCIA |
| <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

Solicitado a portaria de Rescisão de contrato como Secretária de Saúde em abril 2015.

Assinatura do(a) requerente
Data: 20/06/2026

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

