



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

87 984 32 92 11

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: MAREOS Antonio da SILVA CPF: 01413860451

CARGO/FUNÇÃO: MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: 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 type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MAREOS JOSUÉ da SILVA
 JOSÉ MARTINHO de SA
 TUMA = 4º ANO

MAREOS Antonio da SILVA

Assinatura do(a) requerente
Data: 24/11/2015

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: / /





SECRETARIA DE SAUDE



GOVERNO MUNICIPAL DE ARDEJANTE

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Marcos Josue da Silva

À escola,

Solicitado relatório escolar.


BRUNA RAYLLA MATIAS
PSICOLOGA
CRP 02/21019

Data: 10/11/2025

Assinatura - CRM/CRP/COREN