



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssima:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Fátima Dyanne de Souza Oliveira* CPF: *115.675.884-09*

CARGO/FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *de Educação* LOCAL DE TRABALHO: *FMEI Joaquim Favares de Sá*

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

Afastamento das atividades laborais pelo período de 30 dias de acordo com atestado médico anexado.

Fátima Dyanne de Souza Oliveira

Assinatura do(a) requerente

Data: *25/11/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___



AmorSaúde Cariri

Atendimento realizado em: 14/11/2025 - 18:29:48

Rua Padre Cicero, 1568, Salesianos, Juazeiro do Norte, CE

Dra. Fernanda Sampaio Feitosa Rocha

CRM: 25775/CE

Atestado

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO PARA CID 10 F41.1 + F32.2; APRESENTA QUADRO DE HUMOR DEPRIMIDO, LABILIDADE EMOCIONAL, ANEDONIA, IRRITABILIDADE, INSÔNIA - COM PRESENÇA DE CRISES DE ANSIEDADE RECORRENTES. EM USO DE DESVE 100MG/DIA + CARBOLITIUM 300 8/8H + PRYSMA 3MG/DIA + CLONAZEPAM 0,5MG SN. DIANTE DA INTENSIDADE, GRAVIDADE E DA PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS, A MESMA NECESSITA AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 30 (DIAS) DIAS A PARTIR DA DATADO DIA 17 DE NOVEMBRO DE 2025.

FERNANDA SAMPAIO
Médica
Ambulatorio de psiquiatria
CRM 25775

Dra. Fernanda Sampaio Feitosa Rocha - CRM: 25775 / CE

Documento gerado automaticamente pelo sistema Amor em 14/11/2025 às 18:29

