



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO 18719-9919-5452

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: Srta Mary de Oliveira CPF: 04140092408

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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS: <u>Relatório escolar</u>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Maria Ester Rufino de Oliveira
CMEI - Matilde Antonia de Sa.
Infantil III

Srta Mary de Oliveira

Assinatura do(a) requerente
Data: 27/11/2025

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





SECRETARIA DE SAUDE



GOVERNO MUNICIPAL DE DEJANTE
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Maria Rita Rufino de Oliveira

A recada,

Sob o diagnóstico recada.

Atenciosamente,

BRUNA RAYSSA MATIAS
PSICÓLOGA
CRP 02/21019

Data: 12/11/2025

Assinatura - CRM/CRO/COEN