



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

nome: *Silvaneide M.º de Sa Araújo* CPF: *020.728.734-46*

CARGO/FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Creche Mãe Mora*

Venho respeitosamente perante V. Exª 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 checked="" type="checkbox"/>	LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/>	TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/>	LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/>	OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Segue anexo atestado médico

Silvaneide M.º de Sa Araújo

Assinatura do(a) requerente
Data: *28/11/2025*

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





SECRETARIA DE SAUDE



GOVERNO MUNICIPAL DE
VERDEJANTE
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE

Salvatore de Deus

de Sr. Araújo

NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE

30

DIA(S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: _____

VERDEJANTE, 24/11/25

Dr. Janistorp Sa
Médico
CRM - 31751
ASSINATURA - CRM

