



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Clariza Santos F. Britinho CPF: 056105204-28

CARGO/FUNÇÃO: Professora MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Creche Mãe Mosea

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

Atestado médico 1 dia 25/11/25

Clariza S.F. Britinho

Assinatura do(a) requerente

Data: 28/11/25

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___





SECRETARIA DE
SAÚDE



GOVERNO MUNICIPAL DE
VERDEJANTE
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Clariza Santos Ferreira Pictorido.

Declaro por os devidos fins que a paciente
foi prescritada conforme a LBS por mi-
nistrado em grande necessidade assim, adap-
tar-se das atividades diárias no horário
de 12:00 às 16:00 horas.

Fca. Malheiro Tavares
COREN: 258.360-ENF

[Handwritten signature]

Data: 25/11/25

Assinatura - CRM/CRO/COREN