



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
- Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Maria Joseite da Silva</i>	CPF: <i>089 885 644 21</i>
-------------------------------------	----------------------------

CARGO/FUNÇÃO: <i>Professora</i>	MATRÍCULA Nº:
---------------------------------	---------------

SECRETARIA: <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Creche Mãe Mosa</i>
-----------------------------	---

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

<i>Atestado medico de um dia (1)</i>

Maria Joseite da Silva
 Assinatura do(a) requerente
 Data: *30/03/26*

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





SECRETARIA DE
SAÚDE



GOVERNO MUNICIPAL DE
VERDEJANTE
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE

Maria Jozimar

Le da Silva

NECESSITA DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODO DE
1 DIA(S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: _____

VERDEJANTE, 23/03/20

Dr. Janistorp Sá
Médico
CRM - 81751

ASSINATURA- CRM