



(87) 99183.0463

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Geniceia Leonie da Silva CPF: 093 827.164 40

CARGO/FUNÇÃO: MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: LOCAL DE TRABALHO:

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 type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA | <input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Relatório Escolar
Aluna: Lorena Almeida da Silva
Escola: Osmundo Bezerra
Infantil: U - Turma B

Geniceia Leonie da Silva

Assinatura do(a) requerente

Data: 30/10/25

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: / /



Secretaria de
Saúde




Verdejante
governo de todos

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Lozana Almeida da Silva

Solicitado

Relatório Escolar


JOICINELE DA SILVA
PSICÓLOGA
CRP 02/31842

Data: 21 / 10 / 25

Assinatura - CRM/CRO/COREN