



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Silvaneide M^o de S^a Araújo* CPF: *021.728.734.46*

CARGO/FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Mãe Rosa*

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Venho através deste solicitar a afastamento das minhas atividades trabalhistas a partir de 24.03.20 pelo período de 60 dias, segue em anexo atestado médico.

Silvaneide M^o de S^a Araújo

Assinatura do(a) requerente
Data: *31/10/2016*

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

Silvaneide

Maria de S

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

CID: 776.3

VERDEJANTE, 24/03/20

Dr. Janistorp Sá
Médico
CRM 31751

ASSINATURA- CRM