



SECRETARIA DE
ADMINISTRAÇÃO
E FINANÇAS



GOVERNO MUNICIPAL DE
VERDEJANTE
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Ramã Cruz da Silva* CPF: *745.439.894-49*

CARGO/FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº: *277*

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Escola Clementino Nogueira*

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

Solicitação de afastamento das minhas atividades para tratamento Odontológico/Implantes/Dentários.

Ramã Cruz da Silva

Assinatura do(a) requerente
Data: *29/10/2025*

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



Praça Raimundo Targino Ferreira, n22, Centro - CEP: 56.120-000
www.verdejante.pe.gov.br
CNPJ: 11.348.570/0001-93

1.

ATESTADO ODONTOLÓGICO

- 1.
- Eu, DRA KAREN ANDRESSA FREIRE RODRIGUES (IMPLANTODONTISTA), CRO 17712,
 - atesto para os devidos fins que (o) (a) paciente Ramá Cruz da Silva, CPF 745.439.894-49,
 - esteve no dia 29/10/2025, sob meus cuidados profissionais
 - no período das 10:00 a 11:00 para tratamento odontológico.

Sendo necessário 14 dias de repouso

Dra. Karen A. Freire Rodrigues
Cirurgiã-Dentista
CRO/PE 17.712