



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

nome: *Marina Edileuzo Pereira* CPF: *856 939 284 - 20*

CARGO/FUNÇÃO: MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: LOCAL DE TRABALHO:

Venho respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup> 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

*Certidão médica (14 dias) a partir do dia 01/10/2025.*

*Marina Edileuzo Pereira*

Assinatura do(a) requerente

Data: *01/10/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */ /*





### RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

ATESTADO MEDICO  
 ATESTO QUE MARIA EDILEUZA  
 PEREIRA NECESSITA ATENDER-SE  
 AO TRATAMENTO POR 14 (QUATORZE)  
 DIAS POR MOTIVO DE SAÚDE  
 CID 10 = M54.5

Data: 01/10/25

JR. ANIZIARIO COSTA  
MÉDICO

CRM-PE 8175  
CRM-PE 14243

Assinatura - CRM/CRO/COREN