



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

nome: GLAUBER DE SA VITAL CPF: 03815195402

CARGO/FUNÇÃO: AGENTE ARRECADAÇÃO MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS LOCAL DE TRABALHO: PREDIO SEDE.

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 checked="" 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 type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

REFERENTE A ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE COMPARTECIMENTO NO DIA: 02/09/2025 ANEXO.

Glauber de Sa Vital
Assinatura do(a) requerente
Data: 03/09/2025

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: / /



Declaração Fisioterapia

Glauber de Sá Vital

Declaro para devidos fins que o mesmo ex-
teve presente neste local e data para
realização da fisioterapia motora pelo turno
da manhã.

Salgueiro, 02 de Setembro de 2025

Isabela Lacerda Soares
Dra. Isabela Lacerda Soares
Fisioterapeuta
CREFITO: 310635 - F

