



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
- Sr. Secretária(a)

NOME: Maria Lucilene Xavier Pereira CPF: 111 460 494 12

CARGO/FUNÇÃO: Assistente Social MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: Hospital de Pequeno Porte

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"/> AVERSAR TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO |
| <input type="checkbox"/> CERRÇÃO 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"/> PERÍCIA E/OU CÉDENCIA |
| <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

Maria Lucilene Xavier Pereira

Assinatura do(a) requerente

Data: 30/07/25

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ____/____/____





SECRETARIA DE
SAÚDE



GOVERNO MUNICIPAL DE
VERDEJANTE
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Leandra Guilherme Xavier Passos

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que
Leandra Guilherme Xavier Passos necessita
afastar-se de suas atividades laborais
por um período de 2 semanas (14 dias)
a partir do dia 30/07/25

CID: 060
R: 10

Dra. Nayla Denise
Ginecologia / Obstetrícia
CRM - 14615

Data: 30/07/25

Assinatura - CRM/CRO/COREN