



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Fátima Dyanne de Souza Oliveira* CPF: *115.675.884-09*

CARGO/FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº: *1471*

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Escola Joaquim Tavares de Sá*

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Venho por meio deste, solicitar afastamento de dois (02) dias das minhas atividades laborais devido atestado médico que segue em anexo.
CID: *J03*

Fátima Dyanne de S. Oliveira

Assinatura do(a) requerente
Data: *07/04/2025*

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Festina Dyonno de Souza
Alves NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 02 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: J03

VERDEJANTE, 06/04/25

Dr. Rivaldo Marins
Médico
CRM-PE 20.308

ASSINATURA- CRM