



SECRETARIA DE  
ADMINISTRAÇÃO  
E FINANÇAS



GOVERNO MUNICIPAL DE  
**VERDEJANTE**  
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

## REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Maria Ediluza Pereira* CPF: *85693928420*

CARGO/FUNÇÃO: MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Educação* 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

*Atestado médico por 14 dias a partir do dia 07/05/2025*

*Maria Ediluza Pereira*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *08/05/2025*

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



## RECEITUÁRIO

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

ARTRALGIA

ARTRALGIA QUE MAIS É DEVIDO  
PORQUE NECESSÁRIO AFASTAR-SE  
DO TRABALHO POR 14 (QUATORZE)  
DIAS POR MOTIVO DE SAÚDE  
CID 10: F32

DR. ANIZIÁRIO COSTA  
MÉDICO  
CRM-CE 8175  
CRM-PE 14243

07/05/25

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura - CRM/CRO/COREN