



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Nicélia Ribeiro de Araújo* CPF: *042.224.934-30*

CARGO/FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Creche mãe mosa*

Venha 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

Atestado de 08 (oito) dias.
A partir do dia 06/05/2025.

Nicélia Ribeiro de Araújo

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

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





RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Alcilia A. de Araújo

Atestado

Atesto que a supracitada
do nascimento de 8 (oito)
dias de afastamento das
atividades laborais

Data:

06,05,23

Dr. Janustorp Sá

MÉDICO

CRM 251751 CRM/CRO/COREIA