



SECRETARIA DE
ADMINISTRAÇÃO
E FINANÇAS



GOVERNO MUNICIPAL DE
VERDEJANTE
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Silvaneide Maria de Sá* CPF: *021.728.734-46*

CARGO/FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº:

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

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

Certificado médico

Silvaneide M. de Sá Araújo

Assinatura do(a) requerente

Data: *09/06/2025*

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Silvaneide Maria de
Silvaneide, NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM
PERÍODE DE 10 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: _____

VERDEJANTE, 05/06/2025

Dr. Janistord S.
Médico
CRM - 31729
ASSINATURA CRM