



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
- Sr. Secretário(a)

|  |      |
|--|------|
| NOME: <i>Milena Justina Fernandes da Silva</i> | CPF: |
|--|------|

|               |               |
|---------------|---------------|
| CARGO/FUNÇÃO: | MATRÍCULA Nº: |
|---------------|---------------|

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| SECRETARIA: | 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 (CMS)     | <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 checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA       | <input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE    |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA   | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:           |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

|                        |
|------------------------|
| <i>Atestado médico</i> |
|                        |
|                        |
|                        |
|                        |

*Milena Justina Fernandes*  
 Assinatura do(a) requerente  
 Data: 09/09/2025

\_\_\_\_\_  
 Autorização do(a) Gestor(a)  
 Data:    /    /

## ATESTADO

Atesto para os devidos fins que, o Sr. (a)  
**MILENA CRISTINA FERNANDES DA SILVA**,  
encontra-se hospitalizado neste nosocômio  
desde o dia **25/08/2025** para tratamento  
especializado.

.....

Maria de Fátima Leite do Amaral,  
Psiquiatra  
CRENEPI 5735  
CPF: 173.803.464-15

Serra Talhada, 04 de setembro de 2025.