



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: TAYLHANE SILVA RESENDE CPF: 077.519.864-17

CARGO/FUNÇÃO: MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: ADMINISTRAÇÃO 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

SEGUE EM ANEXO ATESTADO MÉDICO DE 2 DIAS.

Assinatura do(a) requerente  
Data: 08/10/2025

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



ATÉ 57003

ATESTO PARA FINS TRABALHISTAS, QUE  
A PACIENTE TAIATANE SILVA RESENDE CON-  
PARCEU A ESTE CONSULTÓRIO, HOJE  
08 DE OUTUBRO PELA MANHÃ PARA PRO-  
CEDIMENTO ODONTOLÓGICO, NÃO NECESSITANDO  
DE MAIS 2 (DOIS) DIAS DE REPOUSO.

  
Dr. Osny Xavier  
Cirurgião Dentista  
CRO-PE 13248

08/10/25.