



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
- Sr. Secretário(a)

NOME: Maria Nely Pereira dos Santos CPF: 682.343.394-87

CARGO/FUNÇÃO: Professora 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 type="checkbox"/> OUTROS: _____

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito anexar documentos a ficha/pasta da  
servidora Maria Nely Pereira dos Santos.

Maria Nely P. dos Santos

Assinatura do(a) requerente  
Data: 09/07/2025

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







**Salgueiro**  
PREFEITURA MUNICIPAL

Terra de amor  
e trabalho.

**SECRETARIA DE SAÚDE**  
CNPJ: 10.233.967/0001-77  
Av. Aurora de Carvalho Rosa - Centro  
Salgueiro - Pernambuco

**RECEITUÁRIO**

Nome do Paciente: Ma. Nely Perera de Sa

laudo Médico

Paciente 53 anos, portadora de  
Fibromialgia, hernia de disco  
lombos, em tratamento fisio-  
telógico, em uso Nortriplina e  
duloxetine, por um período  
quase de dez anos,  
devido a este quadro  
MSI.1 / M797.

Dr. Yns Brilhante Brasileiro  
Reumatologista  
CRM-CE 14.737  
CRM-PE 23.297  
08/05/23

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

Validade e consulta: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO DE SALGUEIRO - PERNAMBUCO

