



**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

**NOME:** *Anna Leticia R. de Araújo Nunes* **CPF:** *946.188.221-21*

**CARGO/FUNÇÃO:** *Agente Administrativo* **MATRÍCULA Nº:**

**SECRETARIA:** *Educação* **LOCAL DE TRABALHO:** *Vila Unica Comarca de Verdejante*

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**

*Solicito documentação da junta médica para atendimento solicitado pelo TIPE*

*[Assinatura]*  
Assinatura do(a) requerente  
Data: *10/09/2025*

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



licença para tratamento de saúde (servidores) 31034/2025

Status: Aberto

Tempo de vida: 6 Di

Abriu req. 04/09/2025 > ) Analisar inf. 07/09/2025 > ) Informar inf. 07/09/2025 > ) **Abriu requerimento** >

O requerimento foi enviado para ANA CELIA RIBEIRO DE ARAUJO NUNES, (1 24 277 PRES/DIRFORO/INT VERDEJANTE/VU), e ainda não foi recebido.

Observação da última ação

Prezada servidora, anexar documentação da junta médica do órgão de origem.

(CARLOS DIEGO FELIX TRAVASSOS FERNANDES em 04/09/2025 às 15:57)

Requerente(s)

Matricula: 1825860  
Código do magistrado/servidor: 24829  
Nome: ANA CELIA RIBEIRO DE ARAUJO NUNES  
CPF: 94618844434  
Logradouro: SÍTIO POÇO DO BEZERRA  
Cidade: VERDEJANTE  
Bairro: RURAL  
Estado: PE  
CEP: 56120000  
Telefone Residencial: 38861259  
Telefone de Contato 1: 87396254551  
Cargo: A DISPOSICAO  
Lotação: VERDEJANTE/VARA UNICA  
Estado Civil: CASADO  
Grau de Instrução: ENSINO MEDIO COMPLETO  
Unidade Superior: DIRETORIA DOS FOROS DO INTERIOR

Informações do requerimento

Matricula (apenas número) do Servidor que está pleiteando a licença para tratamento de saúde 1825860  
Unidade de Trabalho do Requerente VERDEJANTE, VU  
Cargo do Requerente A DISPOSICAO  
Telefone de Contato (87) 99625-4551  
Enquadramento do Requerimento Servidores à disposição da TUPE  
Realização de Perícia (Servidores à disposição) Realizei a perícia no órgão de origem

Declaro estar ciente da instrução normativa nº 13, 2018

Quantidade de dias de licença (Registrado na concessão expedida pelo órgão de origem) 90

Data inicial de licença (Registrado na concessão expedida pelo órgão de origem) 01/09/2025

Data final de licença (Registrado na concessão expedida pelo órgão de origem e deve ser igual ou maior que a data inicial) 29/11/2025

Está em teletrabalho? Não se encontra.  
Órgão de origem PREFEITURA MUNICIPAL DE VERDEJANTE - PE

ESTOU CIENTE DE QUE DEVO ACOMPANHAR ESTE REQUERIMENTO, VISTO QUE SO SERA VALIDADO APÓS A PUBLICAÇÃO.

Declaro que a concessão expedida pelo órgão de origem confere com a original e que deverei apresentá-la devidamente preenchida e solicitada pelo interessado.

Declaro que o gestor será comunicado deste afastamento.