



SECRETARIA DE  
ADMINISTRAÇÃO  
E FINANÇAS



GOVERNO MUNICIPAL DE  
**VERDEJANTE**  
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Giislaine Pires de Sá* CPF: *028.044.664-00*

CARGO/FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Escola JM 5*

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"/> TITUIÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

*Atestado médico*

*Giislaine Pires de Sá*

Assinatura do(a) requerente

Data: *09/06/25*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */ /*





ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Giulaine Pires de  
Souza Carnealho, NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM  
PERÍODE DE 14 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: H10 / F41

VERDEJANTE, 09/06/25

Dr. Janistorp Sá  
MÉDICO  
CRM - 81781

ASSINATURA- CRM