



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Maria Raimunda de Jesus CPF: _____

CARGO/FUNÇÃO: Agente Administrativo MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: de Administração e Finanças LOCAL DE TRABALHO: Setor de Tributos

Venho respeitosamente perante V. Ex^a 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

Atestado médico, consulta com a filha nos dias 05/05/2025 e 08/05/2025.

Maria Raimunda de Jesus
Assinatura do(a) requerente
Data: 12/05/2025

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





RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Maria Rosimunda de Jesus

Declaração

Declaro para os devidos fins que a supraescrita esteve em consulta médica com a filha na manhã deste dia

Data: 05/05/23

Dr. Janistery Sa
MÉDICO
CRM - 81781

Assinatura - CRM/CRO/COREN



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Maria Rosimunda de Jesus

Declaração

Declaro para os devidos fins que a supraescrita esteve em consulta médica com a filha na manhã deste dia

Data: 05/05/23

Dr. Janistery Sa
MÉDICO
CRM - 81787

Assinatura - CRM/CRO/COREN



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Maria Rosmunda
de Jesus NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 1 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: _____

VERDEJANTE, 08/10/2025

Dr. Janistorp S.
MÉDICO
CRM - 31785
ASSINATURA- CRM