



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: Maria Edileuza Pereira CPF: 85693928420

CARGO/FUNÇÃO: Agente administrativo MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Joaquim Tavares / Biblioteca

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

Solicito anexar atestado médico.

Maria Edileuza Pereira
Assinatura do(a) requerente
Data: 14/02/2025

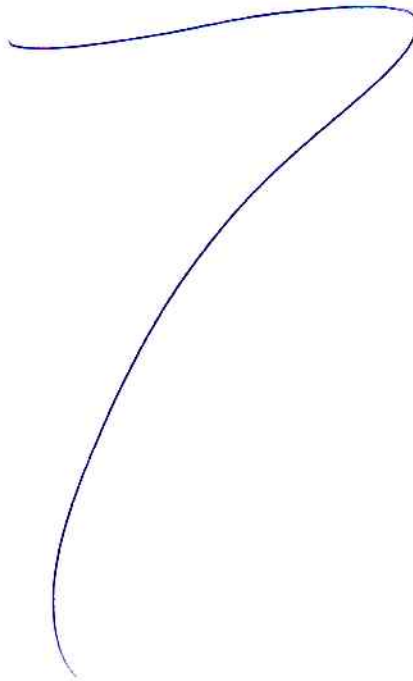
Autorização do(a) Gestor(a)
Data: ___/___/___



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Maria Edileuza
Perina, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 15 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: U54,
U51



Mérci
Secretaria de Saúde

VERDEJANTE, 13/01/25

ASSINATURA- CRM