



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Maria do Socorro Silva de Melo CPF: 867945014-20

CARGO/FUNÇÃO: Professora MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Malhadaeua
Escola Antonio Alves Rangel

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

Encaminho atestado médico pelo período de 60 dias a contar da data do dia do atestado médico anexa.

Maria do Socorro Silva de Melo

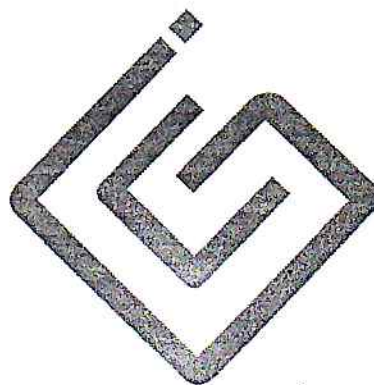
Assinatura do(a) requerente

Data: 14/02/2025

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___





INSTITUTO GALBERYANO CARVALHO

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que a Sra. **MARIA DO SOCORRO SILVA DE MELO**, portadora do CPF 867.845.014-20, professora, vem apresentando quadro de ansiedade e exaustão mental associado a crise de choro com frequência. Necessitando de afastamento de suas atividades profissionais por 60 (sessenta) dias, devido seu quadro de saúde mental. Em tratamento e acompanhamento através de medicação diária e terapia.

cid: F41 – F32 – Z73

Salgueiro 12 de fevereiro de 2025

*Dr. Galberyano Carvalho
Médico
CRM 23465*

Dr. Galberyano Carvalho Nogueira

CRM 23465

87 99179.5454 ☎ 87 99164.1323 ☎

@institutogalberyanocarvalho ☎

institutogalberyanocarvalho@gmail.com ☎

Rua João Pompílio de Carvalho, 301 - Salgueiro PE ☎