



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *maria Aparecida da silva* CPF: *017 527.054.67*

CARGO/FUNÇÃO: *auxiliar serviços gerais* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Glicieda* LOCAL DE TRABALHO: *maê mesa*

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito amescorar atestado médico de 14 dias.

maria Aparecida da silva

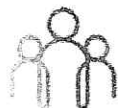
Assinatura do(a) requerente

Data: *14/04/25*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */ /*





RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Marcia Apucarana da Silva

ATESTADO

atesto para os devidos fins que
Marcia Apucarana da Silva necessita
afastar-se das suas atividades
de ensino por um período de 14
dias, a contar do dia 14.04.25.

CID 10: 020.0

Data: 14/04/25

Dra. Noyla Denise

GINECOLOGIA/ OBSTETRÍCIA
CR. SPE 22406 CRD-CE17.317

Assinatura - CRM/CRO/COREM