



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Maria Edileuza Pereira* CPF: *856 939 284 - 20*

CARGO/FUNÇÃO: *Agente Administrativo* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Joquim Tavares de Sá*

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

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

*Atestado médico*

---



---



---



---



---

*Maria Edileuza Pereira*  
Assinatura do(a) requerente  
Data: *14/10/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: *1/1*





ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MR EDILEUZA  
PEREIRA

NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE  
15 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

(14 dias por 26 dia)

CID: M 54.5

DR. ANIZIARIO COSTA  
MÉDICO  
CRM-CE 8175  
CRM-PE 14243

137 28725

VERDEJANTE, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA- CRM