



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Fátima Dyanne de Souza Oliveira* CPF: *115.675.884-09*

CARGO/FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Escola Joaquim Javarez de Sá*

Venho respeitosamente perante V. Exª 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

Afastamento das atividades laborais devido problemas de saúde (CID 10 F41.1 + F32.2) pelo período de 30 dias a partir de 01 de outubro de 2025.

Fátima Dyanne de Souza Oliveira
Assinatura do(a) requerente
Data: *03/10/2025*

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





RECEITUÁRIO

Fátima Dyanne de Souza Oliveira

Atestado médico.

Atesto para os devidos fins que a paciente está em acompanhamento para CID 10 F41.1 + F32.2, apresenta piora do quadro de tristeza e anedonia após problemas familiares associados a crises de ansiedade e insônia.

Diante da intensidade dos sintomas e persistência do quadro, necessita afastar-se de suas atividades por 30 (trinta) dias.

FERNANDA SAMPAIO
Médica
Ambulatório de Psiquiatria
CRM-CE 25775

01/10/25