



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Licere Saturnino Barboza* CPF: *867.333.894-87*

CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA Nº: \_\_\_\_\_

SECRETARIA: \_\_\_\_\_ LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

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

*Solicito relatório escolar da Aluna: Bruna da Silva Barboza, estudante da Escola no Sítio Riacho Verde, Turma: 3º ano Professora Sulivania maria - deste relatório deveria conter informações sobre convívio escolar e aprendizagem, para possíveis diagnósticos, como TDAH, autismo.*

*x Licere Saturnino Barboza*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *16/10/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_





SECRETARIA DE  
SAÚDE



GOVERNO MUNICIPAL DE  
**VERDEJANTE**  
FUTURO CHEIO DE GRANDEZA

## RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Caiana da Silva Barbosa

À escola,

Ordem eletivo escola

CRP - 00124029

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Data: 15/09/25