



## REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssima:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Tailhane S. Rezende* CPF: *077.519.864-17*

CARGO/FUNÇÃO: MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Administração* LOCAL DE TRABALHO: *Prefeitura*

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 de dez dias a partir de*  
*17/07/2025*

*Tailhane S. Rezende*

Assinatura do(a) requerente

Data: *18/07/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data:  */ /*



**ATESTADO**

Atesto que o (a) paciente,

Tailhane S. Rezende

Portador (a) do RG \_\_\_\_\_

necessita de (10) DEZ

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir  
desta data, por motivo de doença.

CID: D.17

*Dr. Alexandre de Carvalho e Sá*  
Cirurgião Geral e Urologia  
CRM - 14797 / TISBU

DATA:

17/07/25

Assinatura do Médico e CRM