



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Maria da Conceição P. Silva* CPF:

CARGO/FUNÇÃO: *Professora* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *De Educação* LOCAL DE TRABALHO: *CEIMM*

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

*Citestado médico durante 30 dias a partir do dia 19/05/2025.*

*Maria da Conceição P. Silva*

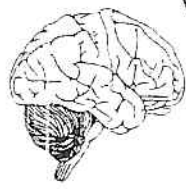
Assinatura do(a) requerente

Data: *22/05/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_





*Dr. Cristiano Fernando de Sá Carvalho*

*Médico Formado Pela Faculdade de Ciências Médicas UPE  
Pós-Graduado em Psiquiatria pelo Instituto de  
Pesquisa e Ensino Médico - Salvador - BA*

### LAUDO MÉDICO

A Sr (a) María da Conceição Pires da Silva, 48 anos, foi atendido (a) e examinado (a) nesta data sem previsão de alta médica, devendo portanto:

- Foi atendido (a) nesta data tendo em vista avaliação médica ambulatorial;
- Retornar ao trabalho, Consulta às: \_\_\_\_\_ hrs;
- Ser dispensado(a) do trabalho hoje;
- Está incapaz para exercer suas atividades profissionais por 30 (trinta) dias;
- Está dispensado(a) das aulas por até \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) dias;
- Solicito acompanhamento psicopedagógico/professor auxiliar;
- Fazendo uso dos medicamentos controlados: Andes 50mg\dia, Dorene Tabs 75mg e Lisador Dip 1000mg\dia;
- Ser encaminhado (a) ao INSS e/ou PODER JUDICIÁRIO para realizar perícia médica/auxílio doença;
- Readaptação das suas atividades profissionais temporárias por \_\_\_ ( ) meses;

Obs.: Os atestados ou laudos fornecidos em ambulatórios médicos servem para solicitação de benefícios junto ao INSS. Nestes casos serão informados diagnósticos com CID 10. O tempo previsto na recuperação, avaliação e concessão ou não do benefício pretendido fica a critério do médico perito, sendo evidentemente de acordo com as observações lhe foram pertinentes e legislação em vigor. Quando houver mais de uma coluna marcada não poderá haver conflito entre as mesmas (EX.: retornar ao trabalho e dispensado do trabalho, etc.)

HD: CID10: Z73.0; F40.8; M79.7

*Dr. Cristiano A. de Sá Carvalho  
Clínica Psiquiátrica  
CRM - 13809*

\_\_\_\_ 19/05/2025

**Dr. Cristiano Fernando de Sá Carvalho**  
Clínica psiquiátrica  
CRM 13809