



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssima:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Maria Edileuzo Pereira CPF: 856939284-20

CARGO/FUNÇÃO: Agente Administrativo MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: Joaquim Soares de Sá

Venho respeitosamente perante V. Ex^ª 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.

Maria Edileuzo Pereira
Assinatura do(a) requerente
Data: 16/07/2025

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





ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MARIA EDILEUZ PEREIRA

NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE

14 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.
(quatorze dias)

CID: _____ M54.5

DR. ANIZIARIO COSTA
MÉDICO
CRM-CE 8175
CRAPE 14243

52175197
DR. ANIZIARIO COSTA
MÉDICO
CRM-CE 8175
CRAPE 14243

VERDEJANTE, ___/___/___

ASSINATURA- CRM