



## REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Maria Edileuza Pereira* CPF:

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

*Atestado médico 14 dias a partir do dia 23/04/2025.*

*Maria Edileuza Pereira*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *24/04/2025*

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





## RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO QUE MANUA EDILEUBI  
PENSAS NECESSARIO ADAPTAR-SE  
DO TRABALHO POR 14 (QUATORZE)  
DIAS POR MOTIVO DE DOENÇA.  
CID 10 MS!  
F32

23/04/25

DR. ANIZARIO COSTA  
MÉDICO  
CRM-CE 8175  
CRM-PE 14243

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura - CRM/CRO/COREN