

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Carlos José de Sá</i>	CPF: <i>883 804594 - 15</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Vigilante</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <i>Secretaria de Obras</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Jaquim Tavares de</i>

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

Atestado médico

Carlos José de Sá
Assinatura do(a) requerente
Data: *23/10/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: / /





ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Cosme José de
Sob, NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM
PERÍODE DE 5 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: N20-2

VERDEJANTE, 14/07/25

Dr. Janistorp Sá
MÉDICO
CRM - 31751
ASSINATURA - CRM