

# REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: Cosme José de Sá CPF: 883 804594-15  
CARGO/FUNÇÃO: Vigilante MATRÍCULA Nº:  
SECRETARIA: Secretaria de Obras LOCAL DE TRABALHO: Joaquim Tavares de

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

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

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





ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Carine José de  
Sob, NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM  
PERÍODE DE 45 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: N20

VERDEJANTE, 18/04/25

**Dr. Janistorp Sá**  
**MÉDICO**  
**CRM - 81761**

ASSINATURA- CRM