



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Gleycione Canávio R. Oliveira</i>	CPF: <i>054.195.425-36</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Enfermeira</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <i>Secretaria de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP</i>

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 type="checkbox"/> OUTROS: <i>Atestado</i>

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

*Atestado referente ao dia 18/07/25*

---



---



---



---

*Gleycione R. Oliveira*  
Assinatura do(a) requerente  
Data: *25/07/25*

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: *1/1*





ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Gleyciara Cosmóris Rodrigues  
de Oliveira

NECESSITA DE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE  
01 (um) DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: MGS

7

VERDEJANTE, 10 / 7 / 25

ASSINATURA- CRM