



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Emanuel Savio Pires Gondim CPF: 80740271407

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA CAT D MATRÍCULA Nº: \_\_\_\_\_

SECRETARIA: EDUCAÇÃO 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 checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Licença médica, 05 (cinco) dias, a contar de hoje

Emanuel Savio Pires Gondim

Assinatura do(a) requerente

Data: 26/05/25

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Saúde



Verdejante

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Leuzineu Fátima Reis Aquilino

Ateto, para os devidos fins de  
diagnóstico, que o paciente necessariamente  
necessita apresentar-se de nos  
obediências por um período de  
05 (cinco) dias, a contar de hoje,  
para motivo de doença.

Mércia Corvalho  
MÉDICA  
CRM/DE 38.712

Data: 26/05/25

Assinatura - CRM/RO/COREN