



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Silvange Brasileira Feresira de Souza CPF: 867 112 024-49

CARGO OU FUNÇÃO: Agente comunitária MATRICULA N°:

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS III Lagoa

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. REQUERER:**

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMILIA
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO
<input checked="" type="checkbox"/> FÉRIAS – GOZAR	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA
<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO
<input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE CARGO
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME
<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO	<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Requiro: Autorização de Férias expadas 16 Novembro  
Pelo período de 30 dias. referente ao ano de 2021

Silvange B. Feresira de Souza  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 08/02/2022

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