



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: <i>M^a Euda de Oliveira Alves</i>	CPF: <i>022989794-05</i>
CARGO OU FUNÇÃO: <i>Téc. de Enfermagem</i>	MATRICULA N°:
SECRETARIA: <i>Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP.</i>

DEMANDA
VERMUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. 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:

Solicito a concessão de férias a partir de 01/12/2021, pelo período de 30 dias, referente ao ano de 2019.

Maria Euda de Oliveira Alves
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *09/11/2021.*

Data: ___/___/___