



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: <u>MARIA SIMONY PATRÍCIO DA SILVA</u>	CPF: <u>12367734461</u>
CARGO OU FUNÇÃO: <u>AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS</u>	MATRICULA Nº:
SECRETARIA: <u>SECRETARIA DE SAÚDE</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>UBS III - LAGOA</u>

VEM MUI 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 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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SOLICITO ADICIONAL DE INSALUBRIDADE

Maria Simony Patrício
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 10/02/22

Data: ___/___/___