



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: RAFAELLA DE ARAÚJO ALVES CPF: 068.324.344-64

CARGO OU FUNÇÃO: TÉCNICA EM ENFERMAGEM MATRÍCULA Nº.

SECRETARIA: SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: PSF 4

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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 checked="" 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 CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO DO ANO DE: 2013 A 2016. PARA FINS DE COMPROVAR EXPERIÊNCIA!

Rafaela de A. Alves
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 10/12/21

Data: ___/___/___