



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Adriana Alves Oliveira CPF: 042.252.574-01

CARGO OU FUNÇÃO: Agente Comunitária de Saúde MATRICULA Nº.

SECRETARIA: de Saúde LOCAL DE TRABALHO: U.B. 5 - III

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 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:

Venho por meio deste solicitar o gozo de férias referente ao ano de 2020 no período de 15 de março de 2022 a 19 de abril de 2022, Período de 30 dias.

Adriana Alves Oliveira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 11/03/2022

Data: ___/___/___