



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: Alanir Alexandre de Almeida CPF: 899899024-53

CARGO OU FUNÇÃO: Agente C. Saúde MATRICULA Nº. \_\_\_\_\_

SECRETARIA: \_\_\_\_\_ LOCAL DE TRABALHO: PSF grosso

**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"/> FERIAS – 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 checked="" 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 Licença prêmio pelo período 6 meses a partir 04-04-2022.

Alanir Alexandre de Almeida  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 11/03/2022

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