



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretário (a)

NOME: Gláucia Auxeludou de Paiva CPF: 899 899024-53

CARGO OU FUNÇÃO: Agente C. Saúde MATRICULA Nº: _____

SECRETARIA: _____ LOCAL DE TRABALHO: PSF grosso

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO

SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO

AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FERIAS – GOZAR

AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA

REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO

READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO

RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO

AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA À GESTANTE

DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS¹

OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito a minha aposentadoria por tempo de serviço

Gláucia Auxeludou de Paiva
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 11/03/2022

Data: ___/___/___