



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: MARIA DOS REIS DE SOUZA CPF: 70654774415

CARGO OU FUNÇÃO: AGENTE DE SAÚDE MATRICULA Nº. _____

SECRETARIA: DE SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: BSF II

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"/> FERIAS - GOZAR	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA
<input checked="" 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:

SOLICITO A APOSENTADORIA POR
TEMPO DE TRABALHO. 71-3-22

MARIA DOS REIS DE SOUZA
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 11/05/22

Data: / /