



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: PITTSOON DE MELO CAVALCANTI CPF: 214.565.568/94

CARGO OU FUNÇÃO: AGENTE DE ENDEMIAS MATRICULA Nº. \_\_\_\_\_

SECRETARIA: SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: SECRETARIA

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. 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 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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS                    |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito a Subscrição.

Pitsoon de Melo Cavalcanti  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 15/12/2021

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