

Excelentíssimo:

(81) 9 8154-3005

(87) 9 8862-6118

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Adriana Barbosa dos Santos CPF: 111.692.754-35

CARGO OU FUNÇÃO:
Auxiliar de serviços Gerais

MATRICULA Nº. 632

SECRETARIA:
Saúde

LOCAL DE TRABALHO:
UBS II

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

CONT.DE TEMPO P/L. PRÊMIO

FERIAS ANO: PERÍODO:
____/____/____ A ____/____/____

CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

GOZO DE FÉRIAS PERÍODO:
____/____/____ A ____/____/____

RETORNO

APOSENTADORIA

REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO

READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO

RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO

LICENÇA PATERNIDADE

LICENÇA MATERNIDADE

DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS

OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito benefício de difícil acesso.

Adriana Barbosa dos Santos
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 21 / 02 / 22

Data: ____/____/____