



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: KARLOS MAGNO CARVALHO LEÃO

CPF: 073.852,274-06

CARGO OU FUNÇÃO: MÉDICO PLANTONISTA

MATRICULA Nº.

SECRETARIA: SAÚDE

LOCAL DE TRABALHO: HPP

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:

1. SOLICITO ADICIONAL NOTURNO

2. SOLICITO ADICIONAL DE INSALUBRIDADE

Karlos Magno Carvalho Leão.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 14 / 02 / 2022

Data: ___ / ___ / ___