



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: ANTONIA MARIA ALVES CPF: 027.541.964-98

CARGO OU FUNÇÃO: AUX. DE S. GERAIS MATRICULA Nº:

SECRETARIA: SAÚDE LOCAL DE TRABALHO:

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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 QUE SEJA FEITO O DESVINCULO DA FUNÇÃO QUE OCUPEI QUANDO TRABALHEI NA PREFEITURA, POIS AINDA CONSTAM OS MESMOS NO SISTEMA DO INSS - PARA FINS DE APOSENTARIA. ANOS: 2010, 2013, 2014, 2015 e 2016.

ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Antônia Maria Alves
Data: 24/11/2021

Data: ___/___/___

DATA: 24/11/2021