



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME <i>Manuella Campelo Patrício</i>	CPF <i>864242894-53</i>
CARGO OU FUNÇÃO <i>Enfermeira</i>	MATRICULA Nº
SECRETARIA <i>de Saúde</i>	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 checked="" 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 concessão de Licença Prêmio a partir de 03/12/2021, pelo período de 03 meses.

Manuella Campelo Patrício
ASSINATURA DO REQUERENTE

Data *29/11/21*

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data */ /*