



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Maria Raquel Vieira de Siqueira Teixeira CPF: 108854064-35

CARGO OU FUNÇÃO: Conferência Plantonista MATRICULA N°: \_\_\_\_\_

SECRETARIA: Secretaria de Saúde LOCAL DE TRABALHO: HQP. Adelaide T. de Sá

**VEN 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 checked="" 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 type="checkbox"/> OUTROS                               |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicita 30 dias de férias a partir de 02/10/2023  
referente ao exercício de 2022.

Maria Raquel Vieira de Siqueira  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 29/08/2023

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