

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a) **OSNY OSCAR XAVIER JACOB.**

NOME: **SHALANE ARAUJO BEZERRA PEREIRA** CPF: **044.026.664-57**

CARGO OU FUNÇÃO: **ENFERMEIRA PLANTONISTA DO HPP** MATRICULA N°.

SECRETARIA: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** LOCAL DE TRABALHO: **HPP VERDEJANTE**

VENH 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 checked="" 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:

Venho através deste solicitar o tempo de serviço com data de início e término com Enfermeira Plantonista do HPP/VERDEJANTE. Referente ao ano de 2019 a 2022. Para fins de seleção.

Shalane Araujo Bezerra Pereira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: **02/04/2024**

Data: ___/___/___