



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: LAYNARA FERNANDA NOGUEIRA CPF: 064.360.914-83

CARGO OU FUNÇÃO: T^{EC}. ENFERMAGEM MATRICULA N°: 478

SECRETARIA: SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: HPP

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^ª. 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:

Folieto gozo do período de férias, a ser compreendido entre os dias 15/08/2023 e 15/09/2023, pelo período de 30 dias, referente ao período de 2022.

Laynara Fernanda Nogueira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 02/08/2023.

Data: ___/___/___

(87) 9 9956-0458