



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Manoel José de Lima Neto CPF: 085256424-44
CARGO OU FUNÇÃO: Farmacêutico MATRICULA Nº: 6025
SECRETARIA: de Saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EXª. 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:

Verbas recebidas : - Dias Trabalhados.
- 13º Proporcional.
- 1/3 Férias Proporcional.
- Férias indenizadas Proporcional.
- Valores recolhidos junto a previdência MGS

Manoel José de Lima Neto
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 03/11/2022

Data: ___/___/___