

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Maria das Dores P. J. de Espindola CPF: 021.019.174-08

CARGO OU FUNÇÃO: Agente Administrativo MATRICULA Nº.

SECRETARIA: De 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 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:

Considerando que a gratificação por mim recebida não será computada para fins de cálculo dos proventos da aposentadoria, venho através deste solicitar o cancelamento da contribuição previdenciária incidente sobre a referida gratificação.

ASSINATURA DO REQUERENTE

Maria das Dores P. J. de Espindola
Data: 04.05.2023

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___/___/___

Recebi em

05.05.2023

Attestado