

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Maírcia Bisagreda de Sa' Branco Costa CPF: 987 292 253-53
CARGO OU FUNÇÃO: Enfermeira MATRICULA Nº. _____
SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP

TEM 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:

- adicional de insalubridade
- adicional noturno

Suscedora em regime de plantão no HPP a
partir do dia 05/09/22;

Maírcia B. de Sa' Branco Costa
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 05/09/22

Data: ___/___/___