



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Manuella Campelo Patrício CPF: 864242894-53

CARGO OU FUNÇÃO: Enfermeira MATRICULA Nº: \_\_\_\_\_

SECRETARIA: Secretaria de Saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP

VEM 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 FAMÍLIA                      |
| <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 PRÊMIO        |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE        | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO                           |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS   | <input type="checkbox"/> OUTROS                               |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Gozar férias de 01/01/2025 até 31/01/2025.  
Referente ao Ano de 2024.

Manuella Campelo Patrício  
ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 05/11/2024

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_