

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: MÃRCIA LISANDRA DE SA LEANDRO COSTA	CPF: 987 292 253-53
CARGO/FUNÇÃO: ENFERMEIRA PLANTÃO	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA SAÚDE	LOCAL DE TRABALHO: MPP

Venho respeitosamente perante V. Ex^a requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: INSALUBRIDADE ADICIONAL NOTURNO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

SOLICITAÇÃO DE GRATIFICAÇÃO DE INSALUBRIDADE 5% E ADICIONAL NOTURNO 10% DE ATUAL COM ENFERMEIRA PLANTONISTA NO MPP a partir do dia 01.12.23.

Marcia Lisandra de Sa Leandro Costa
Assinatura do(a) requerente
Data: 07/12/2023

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: ____/____/____