



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: MARIA DAS NEVES DE SOUZA CPF: 206547744-15

CARGO OU FUNÇÃO: AGENTE DE SAÚDE MATRICULA Nº. _____

SECRETARIA: SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: RSE II

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 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:

SOLICITO MÚLTIPLAS FÉRIAS 15-06-2022

DE FÉRIAS PERIÓDICO 30 DIAS REFERENTE 2021

10-05-22

MARIA DAS NEVES DE SOUZA
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 10/05/22

Data: ___/___/___