



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: Licena Maria Maciel CPF: 065 993 234 21

CARGO OU FUNÇÃO: tec. Enfermagem MATRICULA Nº. _____

SECRETARIA: Secretaria de Saude LOCAL DE TRABALHO: MPP

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EXª. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO

SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO

AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FÉRIAS – GOZAR

AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA

REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO

READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO

RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO

AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA À GESTANTE

DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS

OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solteiro adicional noturno adicional de insalubridade.

Licena Maria Maciel
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 11/05/22.

Data: ___/___/___