



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: <i>Olleisy Gabriella dos Santos P. Tiburtino</i>	CPF: <i>122.084.904-95</i>
--------------------------------------------------------	----------------------------

CARGO OU FUNÇÃO: <i>Diretora Administrativa Hospital</i>	MATRICULA N°:
----------------------------------------------------------	---------------

SECRETARIA: <i>Secretaria de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP</i>
----------------------------------------	-------------------------------

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 FAMILIA
<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 PREMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito 30 dias de férias, a partir de 24/07/2023, referente ao ano de 2021.

Olleisy Tiburtino
ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: *11/07/2023*

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___/___/___