



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretário (a)

NOME: *Maria Eugênia Ferreira dos Santos* CPF: *130.597.654-13*

CARGO OU FUNÇÃO: *Técnico em Enfermagem* MATRICULA Nº.

SECRETARIA: *Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *UBS III Lagoa*

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO SALÁRIO FAMÍLIA

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 PRÊMIO

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito adicional de Insalubridade.

Maria Eugênia F. Santos
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *11/08/22*

Data: ___/___/___