

Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Rafael José Holanda CPF: 108 689 24458

CARGO OU FUNÇÃO: médico PSF MATRICULA N°:

SECRETARIA: de saúde LOCAL DE TRABALHO: VERDEJANTE PE

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX.º 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 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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

FINAL DE FILA

Rafael José Holanda  
ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 10/03/23

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_