

Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: <i>Terezinha Alves Pereira Leite</i>	CPF: <i>070.458.854-40</i>
CARGO OU FUNÇÃO: <i>Agente de Saúde</i>	MATRICULA Nº.
SECRETARIA: <i>Secretaria de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>PSF IV</i>

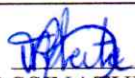
**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. REQUERER:**

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 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:

*Solicito copia de contrato referente o ano de 2023.*

  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *14/08/2023*

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