



11

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: <i>Amândia Kéia de Sá Souza</i>	CPF: <i>110.683.954-43</i>
CARGO OU FUNÇÃO: <i>Enfermeira</i>	MATRICULA Nº.
SECRETARIA: <i>Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>UBS IV</i>

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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 checked="" type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

*Declaração de experiência de trabalho assistencial
na atenção primária
Comprovação de vínculo SUS*

Amândia Kéia de Sá Souza
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *15/07/2022*

Data: *1/1*