



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: Amanda Soares de Sá Bezerra CPF: 025.544.714-01

CARGO OU FUNÇÃO Sec. Contábil MATRICULA Nº.

SECRETARIA: Sec. Assist. Social LOCAL DE TRABALHO: Sec. Assist. Social

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

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO  SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO  AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FERIAS – 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 PREMIO

LICENÇA À GESTANTE  DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS  OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Gozo de férias a partir 01/09/2022 a 01/10/2022  
por um período de 30 dias relativo ao ano  
de 2020.

Amanda Soares de Sá Bezerra  
ASSINATURA DO REQUERENTE

[Assinatura]  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 01/09/22

Data: 01/09/22