



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretário (a) *saúde*

NOME: *GABRIEL LEAL CAVALCANTE* CPF: *559.929.039-33*

CARGO OU FUNÇÃO: *MÉDICO PSF* MATRICULA Nº.

SECRETARIA: *SAÚDE* LOCAL DE TRABALHO: *-*

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. 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

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 PREMIO

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

*SOLICITO EXONERAÇÃO DO CARGO DE MÉDICO
PSF.*

Gabriel Leal Cavalcante

ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *17/02/2023*

Data: *__/__/__*