



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: *Carmem Lúcia Mogalhães Ferraz* CPF: *081.647.344-70*

CARGO OU FUNÇÃO: *Técnica em Enfermagem* MATRICULA Nº.

SECRETARIA: *Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *HPP*

**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 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 checked="" 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 type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

*Solicite exoneração a contar do dia  
17/04/2023*

*Carmem Lúcia Mogalhães Ferraz*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *17/04/2023*

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