



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: <i>Cláudio Alves Oliveira</i>	CPF: <i>900613574-72</i>
CARGO OU FUNÇÃO: <i>Técnico Enfermagem</i>	MATRICULA Nº. <i>045</i>
SECRETARIA: <i>Municipal de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPPATS</i>

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito o MAPA FICHA FINANCEIRA para análise.

Cláudio Alves Oliveira
ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: *17/07/2023.*

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___/___/___