



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretário (a)

NOME: CLEIDIANA CARVALHO DA CRUZ CPF: 024.699.614-59

CARGO OU FUNÇÃO: ENFERMEIRA MATRICULA N°:

SECRETARIA: DE SAUDE LOCAL DE TRABALHO: HPP ADELAIDE TAVARES DE SA

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 checked="" type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SOLICITO QUE INFORME QUE REALIZAVA O TRABALHO DE ENFERMEIRA HOSPITALAR NOS SETORES DE URGENCIA/EMERGENCIA, CLINICA MEDICA E PEDIÁTRICA COM TEMPO DE INICIO E TERMINO DO CONTRATO. INFORMANDO O REGISTRO DO COREN-PG: 355374

Cleidiana Carvalho da Cruz
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 27/11/2022

Data: ___/___/___