



Excelentíssimo:

<input type="checkbox"/>	Prefeito
<input type="checkbox"/>	Secretario (a)

NOME: <u>MARIA DAS NEVES DE SOUZA</u>	CPF: <u>7065477421-15</u>
---------------------------------------	---------------------------

CARGO OU FUNÇÃO: <u>AGENTE DE SAUDE</u>	MATRICULA Nº.
---	---------------

SECRETARIA:	LOCAL DE TRABALHO: <u>UBS I E GROSSOS</u>
-------------	---

**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 type="checkbox"/> EXONERAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME
<input checked="" 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:
<u>SOLICITO A CONCESSÃO DE LICENÇA</u>
<u>PREMIO DE 1-11-22 R\$10</u>
<u>PERIO DE 5E'S MESES -</u>

MARIA DAS NEVES DE SOUZA  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 18/10/22

Data:    /   /