



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretário (a)

NOME: *Mara Stephany de Sá Araújo* CPF: *11002771455*

CARGO OU FUNÇÃO: *Condutor de Enfermagem* MATRICULA Nº: *622715*

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

*Solicito certidão de Tempo de serviço no referido município a partir de 2020.*

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *18/11/22*

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