



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: Maria Lindinêz Gealio Goprac CPF: 087 844 534 96

CARGO OU FUNÇÃO: Médico (Programa Médicos pelo Brasil) MATRICULA Nº.

SECRETARIA: saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS III

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO AUT. P/ CONT.DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FÉRIAS – GOZAR AUT.P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito adicional de insalubridade

ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 19.09.22

Data: ___/___/___