



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretário (a)

NOME: Roselin Sousa da Silva CPF: 867.707.214-49

CARGO OU FUNÇÃO: AGENTE DE SAÚDE MATRICULA Nº: _____

SECRETARIA: DE SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: UBS I

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 AIT 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:

Saliento concessão de licença prêmio apartir
de 19/12/2022 pelo período de 6 meses.

Roselin Sousa da Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 20/10/2022

Data: ___/___/___