



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Cirlene Maria de Souza e Silva CPF: 065.934.634-69

CARGO OU FUNÇÃO: Aux. Saúde Bucal MATRICULA Nº: 660

SECRETARIA: Secretaria de Saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS- G ROSSOS II

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

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO

SALÁRIO FAMILIA

AVIAR BAR. 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:

Venho por meio deste requerer, o gozo de férias referente ao exercício do ano de 2024, a partir de 24-01-2025 a 24-02-2025.

Cirlene Maria de Souza e Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 07/01/2025

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ____/____/____