



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Vagner Pereira Fonseca* CPF: *028.035.324-33*

CARGO/FUNÇÃO: *Agente Comunitário de Saúde* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *UBS I*

Venho respeitosamente perante V. Ex^a requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/>	APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/>	LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/>	AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/>	LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/>	CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/>	LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/>	DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/>	SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/>	EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/>	PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/>	FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/>	PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/>	GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/>	REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/>	LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/>	READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input type="checkbox"/>	LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/>	TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/>	LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/>	OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Venho reiterar o requerimento de nº 128 de 13/12/2024, e ao mesmo tempo solicito que seja contado retroativamente ao mês que assumi como Agente Comunitário de Saúde.

Vagner Pereira Fonseca

Assinatura do(a) requerente
Data: *21/10/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: */ /*

