



Excelentíssimo:

Arnoldo Prefeito
Osmy Secretário (a)

NOME: <u>Licena Maria Maciel.</u>	CPF: <u>06599323421</u>
CARGO OU FUNÇÃO: <u>Técnica d. Enfermagem</u>	MATRICULA Nº.
SECRETARIA:	LOCAL DE TRABALHO: <u>Adelaide Tavares</u>

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. 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 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 A GESTANTE	<input checked="" type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Dentro por meio desse Requerimento Solicitar uma declaração de tempo de serviço para uma seleção amplificada da Upa. do Ano 2019 a 2023

Obrigada.

Licena Maria Maciel.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 21 / 03 / 2024

Data: ___ / ___ / ___