



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretário (a)

NOME: Jose Henrique de Araújo Freire CPF: 092.907.754-59

CARGO OU FUNÇÃO: agente comunitario de saúde MATRICULA Nº:

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: PSF 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 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 30 dias de férias aparti de 02 de Maio de 2023 reu-
rente ao ano de 2022

Jose Henrique de Araújo Freire
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 22/03/23

Data: ___/___/___