

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: *Mannella Campelo Patrícia* CPF: *864242894-53*

CARGO OU FUNÇÃO: *Enfermeira* MATRICULA Nº.

SECRETARIA: *Sec. de Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *HPP*

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 À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Ser liberado do dia 22/05/2024 para o plantão no HPP. Atestado médico em anexo.

Mannella Campelo Patrícia
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *23/05/2024*

Data: ___/___/___

Atesto para os devidos fins que Manuella
Campele Patrício
está impossibilitado de exercer suas atividades profissionais/
escolares por um período de 03 dias a partir
desta data.

CID: 500

Dra. Erika Patrício
Gentaria - Cirurgia Médica
Saúde do José - 1993

Terra Nova, 21/05/2024