

Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: LUIZ ADOLFO MIRANDA BEM CPF: 10390565474

CARGO OU FUNÇÃO: MÉDICO HPP MATRICULA Nº. 521

SECRETARIA: SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: HPP

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. 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 A PARTIR DE 01/06/2023 REFERENTE AO ANO DE 2022

*Luiz Adolfo Miranda Bem*

ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 23/05/2023

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_