



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Sandra de Lima Leite CPF: 00812557489

CARGO OU FUNÇÃO: Aux. Saúde Bucal. MATRICULA Nº.

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: PSF JU

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 a partir do dia 02.01.23
referente ao ano de 2022.

Sandra de Lima Leite
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 24/11/22

Data: ___/___/___