



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: *Fenilda Rodrigues Silva Carran* CPF: *007838924-14*

CARGO OU FUNÇÃO: *Coordenador* MATRICULA Nº.

SECRETARIA: *Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *3 Vigilancia*

**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  
01.08.2022 referente ao ano de 2021*

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *25/07/2022*

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