

Excelentíssimo:

Prefeito *Haroldo Silva Trindade*  
 Secretário (a) *Osny Oscar Xavier Jacob*

NOME: *João Raimundo da Silva* CPF: *310 892 324-20*

CARGO OU FUNÇÃO: *Agente de Saúde Pública* MATRICULA Nº: *0514164*

SECRETARIA: *SECRETARIA DE SAÚDE* LOCAL DE TRABALHO: *SECRETARIA DE SAÚDE*

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. 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:

*Solicitar a concessão de seu tempo de contribuição de serviços junto a Prefeitura de Verdejante - PE*

*João Raimundo da Silva*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *23/08/22*

Data:    /    /