



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Maria dos Neves de Souza CPF: 706546744-35

CARGO OU FUNÇÃO: ACS MATRICULA N°:

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO:

**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:

15 AGOSTO A 15 DE SETEMBRO - 2022.

MARIA DOS NEVES DE SOUZA  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 26/06/23

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