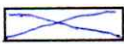


Excelentíssimo:



Prefeito



Secretario (a)

NOME: Adelaide Bezerra Neta CPF: 505.834.174-34

CARGO OU FUNÇÃO: Tec. em enfermagem MATRICULA Nº

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP - Adelaide T. Sa

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 a concessão de licença prêmio a partir do dia 01-10-2022 pelo o período de 2 meses.

Adelaide Bezerra Neta
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 26/09/2022

Data: ___/___/___