



Excelentíssimo:

| | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Prefeito |
| <input type="checkbox"/> | Secretario (a) |

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| NOME: <i>Maria Alcide Ferreira</i> | CPF: <i>023.434.393-11</i> |
|------------------------------------|----------------------------|

| | |
|------------------------------------|---------------|
| CARGO OU FUNÇÃO: <i>Enfermeira</i> | MATRICULA N°: |
|------------------------------------|---------------|

| | |
|--------------------------|--|
| SECRETARIA: <i>S.M.S</i> | LOCAL DE TRABALHO: <i>UBS S.M.S - Vigil.</i> |
|--------------------------|--|

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO | <input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA |
| <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:

| |
|---|
| <i>Contagem de Tempo de serviço no município.</i> |
| |
| |
| |

Maria Alcide Ferreira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *27/05/22*

Data: ___/___/___