

Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: *Manuella Campelo Patrício* CPF: *864242894-53*

CARGO OU FUNÇÃO: *Enfermeira* MATRICULA Nº.

SECRETARIA: *Secretaria de Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *HPP*

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 checked="" 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 type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

*gozar férias de 01/01/2025 até 31/01/2025,  
referente ao Ano de 2024.*

*Manuella Campelo Patrício*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *27/12/2024*

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