



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: *Maria Pereira Lute Nunes* CPF: *900 838 654-20*

CARGO OU FUNÇÃO: *Agente de Saúde* MATRICULA Nº: *030-1*

SECRETARIA: *de Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *UBSI*

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 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:

*Solicito trinta dias de férias a partir de 15/02/2023
a 15/02/2023 referente ao ano de 2022*

Maria Pereira Lute Nunes
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *28/02/2022*

Data: ___/___/___