



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Mariana Tavares de Carvalho Barros CPF: 021651669-11

CARGO OU FUNÇÃO: Enfermeira HPP MATRICULA Nº: _____

SECRETARIA: S.M. Saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP

SEM 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 checked="" type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO	<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito o mês, digo 30 dias de gozo de licença prêmio por necessidades particulares com convênio médico da Secretaria de Saúde. Período de 06/09/24 a 05/10/24. Atenciosamente: Mariana Tavares de Carvalho Barros.

Mariana Tavares de Carvalho Barros
ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 27/08/24

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___/___/___