



Excelentíssimo:

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

NOME: <i>Adriana Alves Oliveira</i>	CPF: <i>042.252.574-01</i>
CARGO OU FUNÇÃO: <i>Agente Comunitária de Saúde</i>	MATRICULA Nº: <i>459-1</i>
SECRETARIA: <i>de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>P.S.F-TV</i>

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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 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 A GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

*Venho por meio deste solicitar as fichas
financeiras dos anos de 2005 a 2022.*

Adriana Alves Oliveira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *29/12/2022*

Data: / /