



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: <i>Galange Brasileira Ferreira de Souza</i>	CPF: <i>867 112 024 49</i>
CARGO OU FUNÇÃO: <i>Agente de Saúde</i>	MATRICULA N°:
SECRETARIA: <i>Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>V135 III Lagoa</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 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 checked="" 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:

Venho a solicitar desta solicitação minha licença prêmio por motivo de estar necessitando de cuidar da minha saúde. a partir de 1 março de 2023 à 1 Setembro 2023. Com mais até momento, agradeço.

Galange Brasileira Ferreira de Souza
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *06/01/2023*

Data: ___/___/___