



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

| | |
|---|---------------------------------|
| NOME: <i>Maria Berna Lute Nunes</i> | CPF: <i>900.838.654-20</i> |
| CARGO OU FUNÇÃO: <i>Agente de Saúde</i> | MATRICULA Nº: <i>30-1</i> |
| SECRETARIA: <i>de Saúde</i> | LOCAL DE TRABALHO: <i>UBS I</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:

Sobito a concessão de licença prêmio a partir de 15/02/23 pelo período de três meses

Maria Berna Lute Nunes
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *28/02/2022*

Data: ___/___/___