



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: *Maria Aurvine de Barros* CPF: *130.790.624-05*

CARGO OU FUNÇÃO: *Auxiliar de Serviços Gerais* MATRICULA N°:

SECRETARIA: *Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *PSF-IV*

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FÉRIAS – GOZAR AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Sabido fixar referente ao ano 2022, a partir do dia 23 de Janeiro.

Maria Aurvine de Barros
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *16/01/2023*

Data: ___/___/___