



Excelentíssimo:

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

NOME: MIRIANE MEDEIROS DE ARAÚJO CPF: 069.288.614-10

CARGO OU FUNÇÃO: ENFERMEIRA PLANTONISTA MATRICULA Nº. 487

SECRETARIA: SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: HPP

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito 30 dias de férias a partir de 01/02/23
Referente ao ano de 2021.

Miriane Medeiros de Araújo
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 22/11/2022

Data: / /

2010112023

(83) 98839-2435