



Excelentíssimo:

- Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Maria Elaine Pereira Saraiva CPF: 127.511.314-17

CARGO OU FUNÇÃO: Técnico em Enfermagem MATRÍCULA Nº. 618

SECRETARIA: Saúde e Administração LOCAL DE TRABALHO: UBS 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 FAMÍLIA |
| <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 PRÊMIO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Adicional de 30% de insalubridade.

Maria Elaine Pereira Saraiva
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 25/01/23

Data: ___/___/___