



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

|  |                         |
|--|-------------------------|
| NOME: LAYNARA FERNANDA NOGUEIRA        | CPF: 064 360 914-83     |
| CARGO OU FUNÇÃO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM | MATRICULA Nº:           |
| SECRETARIA: SAÚDE                      | LOCAL DE TRABALHO: HPP. |

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. 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:

foliata gozo com férias referente à 2022 em agosto 2023.

*Laynara Fernanda Nogueira*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 30/10/2023.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_